

Revisión

El abuso sexual infantil

C. REDONDO FIGUERO, M.R. ORTIZ OTERO*

Prof. Asociado de Pediatría (Facultad de Medicina) y Centro de Salud Vargas (Santander).

**Enfermera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

RESUMEN

Objetivo: Se trata de un artículo de revisión que pretende una puesta al día en este problema tan frecuente y tantas veces silenciado y que todos los que trabajan con niños deben conocer.

Desarrollo: El abuso sexual infantil es una patología muy frecuente, puesto que tiene una incidencia anual de 0,5 casos por 1.000 niños, y una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años de uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas. Este abuso muchas veces no sale a la luz, debido al sometimiento del niño y a que no deja lesiones, o a que cuando acude al médico éstas han curado, o a que son de difícil diagnóstico.

Conclusiones: Es muy importante que los profesionales que atienden a niños estén perfectamente concienciados de que el abuso sexual existe, ocurre con demasiada frecuencia y que ellos, como defensores del niño, deben estar atentos a los mínimos indicios para poder descubrirlo, denunciarlo por obligación y poder defender a esa criatura indefensa ante semejante crimen.

Palabras clave: Abuso sexual; Violación; Abuso sexual infantil; Abuso infantil; Maltrato infantil; Infancia.

ABSTRACT

Objective: It is a question of an article of review that he claims a putting a day in this so frequent problem and so

often silenced and that they all those who work with children must know.

Development: The sexual infantile abuse is a very frequent pathology, since it has an annual effect of 0.5 cases as 1,000 children; and a prevalencia during the stage from 0 to 18 years of one of every six boys and one of every four girls. This abuse often does not go out to the light due to the submission of the child and for which does not leave injuries, or to that when it comes to the doctor these have treated, or for that are of difficult diagnosis.

Conclusions: It is very important that the professionals who attend to children are perfectly aroused of that the sexual abuse exists, it happens too often, and that they, as defenders of the child, must be attentive to the minimal indications to be able to discover, denounce it for obligation it, and to be able to defend to this defenseless creature before similar crime.

Key words: Sexual abuse; Rape; Sexual abuse of child; Child abuse; Infantile mistreatment; Childhood.

DEFINICIÓN

Los abusos sexuales son atendidos por una gran variedad de profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, policías, abogados, forenses y jueces). Cada uno de ellos tiene preferencia por nombres específicos, tales como ataques al pudor, estupro, violación, sodomía, pedo-

Correspondencia: Dr. Carlos Redondo Figuero. C/ Vargas 57-D, 1º B. 39010 Santander.

Correo electrónico: credondof@medynet.com

Recibido: Noviembre 2004. *Aceptado:* Enero 2005

filia, pederastia, incesto, etc., no siempre mutuamente excluyentes y, en ocasiones, un tanto eufemísticos. Esta amplia terminología, que ha invadido la literatura médica, crea cierta incertidumbre en el profesional sanitario. De ahí que se haya intentado, a lo largo de los últimos años, una definición del abuso sexual^(1,2), siendo la más difundida la proporcionada por el *National Center for Child Abuse and Neglect*, que define al abuso sexual como los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. También puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de poder o control sobre la víctima⁽³⁾.

El abuso sexual comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual). En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

EPIDEMIOLOGÍA

El abuso sexual siempre ha existido. Ocurre, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural. En los países desarrollados, aproximadamente a partir de 1960, se comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual. Desde hace unos 25 años, y debido al progreso de la sociedad, se han ido denunciando cada vez más casos y recopilando más información, de forma que parece haber ocurrido un aumento en la incidencia de los casos, tanto en nuestro país, como en

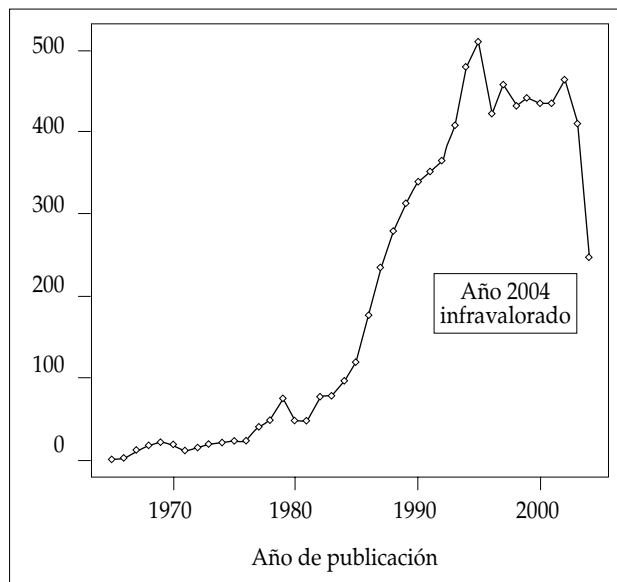


Figura 1. El número de citas en MEDLINE sobre *sexual abuse* es de 8.043 cuando se utilizan los limitadores de 0 a 18 años; la primera fue en 1965 y las 247 del año actual están infravaloradas. Se observa un aumento exponencial de las publicaciones hasta una meseta mantenida en la última década.

otros; aunque algunos autores comparando los casos de las década de los 70 y 80 del siglo XX, respecto a los datos de Kinsey de 1940, llegan a la conclusión de que no ha ocurrido tal aumento de la prevalencia, sino que simplemente se han comunicado más casos, debido a los cambios en la legislación y en el clima social⁽⁴⁾. En los últimos años ya no se está observando esta tendencia ascendente, e incluso se está hablando de una cierta tendencia descendente⁽⁵⁾.

También el interés de los investigadores por publicar sobre el tema ha seguido una evolución similar. Cuando el 8 de noviembre de 2004 se realizó una búsqueda de citas en MEDLINE de todos los artículos con el término *sexual abuse* en cualquier campo y restringido pacientes de 0 a 18 años de edad, se encontraron 8.043 citas, la primera en 1965 y 247 en lo que va del año 2004 (se sabe que se tardan unos 4-6 meses en incluir las últimas citas, por lo que el número de citas de 2004 está infravalorado). Se observa un crecimiento exponencial hasta mitad de la década pasada, y en los últimos años una estabilización, e incluso un descenso (Fig. 1). Cuando a la búsqueda se añade la restricción de que sea *spanish* el lenguaje de la revista en la que se han publicado los trabajos, únicamente aparecen 41 artículos en espa-

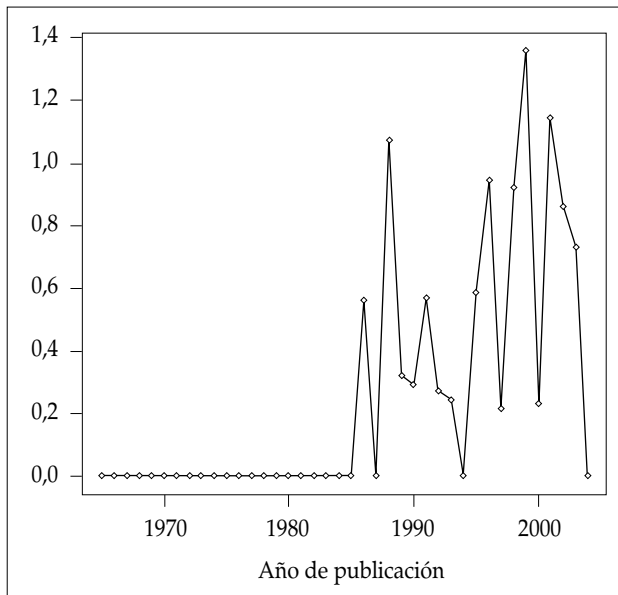


Figura 2. Porcentaje de publicaciones en español sobre abuso sexual recogidas en MEDLINE. La primera referencia es de 1986 y se aprecia que no se llega ningún año al 1,5% del total de referencias en el año.

ñol, muchos de ellos de autores hispanoamericanos. Esto último pone en evidencia la falta de interés de los investigadores españoles en publicar sobre este campo, eso sí, salvando el sesgo de MEDLINE por la recopilación predominante de trabajos del mundo anglosajón (Fig. 2).

La incidencia real no se conoce, dada la baja declaración existente. Las cifras de abuso sexual dependen de la metodología de investigación empleada⁽⁶⁾: es diferente cuando se investiga la incidencia o la prevalencia; no es lo mismo recoger los datos tras entrevistar a niños en una unidad de niños maltratados, que realizar encuestas a los padres o preguntar a adultos sobre recuerdos de su infancia, etc.

Respecto a la incidencia anual disponemos de datos, tanto españoles, como de otros países de nuestro entorno. En España⁽⁷⁾ se instruyen cada año aproximadamente tres millones y medio de diligencias previas, de ellas 11.000 (0,3%) corresponden a delitos contra la libertad sexual, de los cuales 3.500 son por delitos contra menores. Estas 3.500 diligencias en los 7.313.424 menores de 18 años suponen una incidencia anual del 0,5%. Y se calcula que sólo se denunciaban el 10%. En un estudio danés⁽⁸⁾ se encontró una incidencia en 1993 de 300 casos (de los que 55 eran abuso sexual)

en una población de 111.000 niños de 0 a 17 años, lo que supone una incidencia anual de nuevos casos del 0,5%.

Cuando se realizan estudios de prevalencia se obtienen otras cifras, como en el estudio llevado a cabo en nuestro país con 1.821 personas mayores encuestadas sobre sus experiencias en la infancia⁽⁹⁾, que reveló que, el 18,9% sufrió abusos sexuales durante la infancia, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres. Otro estudio en el que también se preguntaba por experiencias pasadas a 796 estudiantes universitarios, se encontró que, el 9% de los varones y el 19% de las mujeres habían sido abusados sexualmente en su infancia⁽¹⁰⁾. Un trabajo canadiense en el que se encuestó a 9.953 personas de más de 15 años proporcionó unas cifras de prevalencia del 12,8% en mujeres y 4,3% en hombres⁽¹¹⁾.

En un trabajo publicado hace tres años en nuestro país⁽¹²⁾, en el que se relata la experiencia de los 100 primeros meses de funcionamiento de una unidad funcional de abusos a menores del hospital San Juan de Dios, se presentaron los siguientes datos epidemiológicos: acudieron 704 casos. Se observó un crecimiento exponencial en la primera mitad de la década pasada y posteriormente se estabilizó, e incluso comenzó a observarse una disminución, como se está comprobando en otros trabajos. La principal vía de llegada fue la familia, fundamentalmente la madre, en un 34% de los casos. La sospecha de un profesional, principalmente el médico en un 27%, los servicios sociales en un 19%, el juzgado en un 11%, la policía en un 7,3% y otras vías en el resto de los casos. La causa del descubrimiento fue, sobre todo, por el relato del niño en el 50% de los casos, por indicios físicos en el 17%, por indicios de anomalías en el comportamiento en el 14%, por indicios sociales en el 11%, por la existencia de un ambiente de abuso en el 6% y el resto de los casos por descubrimiento en el acto.

Las características epidemiológicas son diferentes, según se trate de niñas o de niños. Un metaanálisis reciente⁽¹³⁾ que analiza 149 estudios de abuso a niños, con un tamaño muestral mayor de 20, presenta una prevalencia de 4 a 76%. Las características de las víctimas son niños menores de 13 años, no blancos, de bajo nivel socioeconómico y que no vivían con sus padres. Los perpetradores son hombres conocidos, pero no relacionados con los niños. El abuso ocurría fuera de casa, involucraba penetración y sucedió más de una vez. Las secuelas fundamentales fueron estrés psicológico, abuso de sustancias y problemas en

TABLA I. FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO ASOCIADOS A LA EXISTENCIA DE ABUSO SEXUAL

| | |
|-----------------------|--|
| Edad | De 8 a 12 años |
| Sexo | Las niñas tienen más probabilidades de ser víctimas, pero los niños los denuncian menos |
| Aislamiento | Aislamiento de sus padres (probablemente es una consecuencia más que un factor de riesgo) |
| Relaciones familiares | Malos vínculos de progenitor-hijo y entre los padres |
| Familia | Falta de un progenitor protector Presencia en la familia de un varón sin parentesco biológico |
| Características | Indefensión (retraso mental, confinamiento, etc.) |

la esfera de la sexualidad. Y concluían, como resumen que, el abuso sexual a chicos es común, pero no informado, no conocido y no tratado.

ETIOLOGÍA

En el abuso sexual hay tres componentes importantes: víctima, abusador y proceso de abuso. Cada uno de ellos reúne una serie de características que ayudan a identificarlos mejor.

Víctima. Los factores de riesgo de abuso sexual son (Tabla I)⁽¹⁴⁾: a) edad de 8 a 12 años, aunque en cualquier edad pediátrica se puede sufrir un abuso sexual; b) sexo femenino, las niñas los sufren más, pero los varones los denuncian menos; c) determinadas características de la víctima, como el aislamiento de otros niños de su edad y retraimiento, hacen al niño más vulnerable, aunque algunos autores opinan que más que un factor de riesgo es una consecuencia del abuso sexual; d) algunas características de la familia son también factores de riesgo, tales como la falta de padres protectores, los vínculos defectuosos de los padres con los hijos (y viceversa) y la presencia en el entorno del niño de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, etc.).

Abusador. Respecto a éste, es difícil entender cómo un adulto, y más si es el progenitor, puede perder el control y maltratar a un niño, y, sobre todo, abusar sexualmente de él. Parece que hay dos requisitos necesarios: que el abusa-

TABLA II. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERPETRADOR DEL ABUSO SEXUAL

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de conciencia sobre tales comportamientos • Falta de empatía por el niños • Creencia de que esos comportamientos son aceptables y no causan daño al niño • Escaso control de sus impulsos • Uso de alcohol y otras drogas que, a su vez, disminuye aún más la capacidad de controlar sus propios comportamientos • La historia del perpetrador (haber sido víctima en su infancia) • Las circunstancias que permiten un mayor contacto con el niño (hospitalización prolongada de la madre, etc.) • Se aprovecha de la indefensión del niño (retraso mental, etc.) |
|---|

dor se excite sexualmente ante los niños y que desee actuar impulsado por esa excitación. La atracción sexual de los adultos por los niños no es rara: ya un estudio realizado en varones universitarios evidenció la existencia de esta atracción en el 21% de los mismos⁽¹⁵⁾. Algunos perpetradores pueden concentrar su atención en niños de determinada edad, o de un sexo en especial; otros, sólo se ven excitados en determinadas circunstancias.

Proceso del abuso. Los factores que hacen que el agresor abuse sexualmente del niño son los presentados en la tabla II. Fundamentalmente se trata de alguien mayor que el abusado, sin ninguna empatía por los niños, que piensa que lo que hace no está mal, y la poca conciencia que tiene sobre la maldad de sus actos se la salta muchas veces ayudado por el consumo de alcohol u otras drogas. Siempre actúa desde su posición de poder sobre la víctima para cometer el abuso. El abuso sexual, generalmente, no es un hecho aislado, sino que tiende a reiterarse. El proceso de victimización suele ser siempre el mismo o muy similar⁽¹⁶⁾. Primero se gana la confianza del niño, generalmente, no sometido a una supervisión estrecha de los adultos y que, además, tiene ansia de atención de un adulto. Después le seduce lentamente. Finalmente, le fuerza al silencio.

La persona abusada, sobre todo si es varón, suele sufrir el llamado *síndrome de acomodación al abuso sexual del niño*⁽¹⁷⁾ que consta de 5 fases: 1) secretismo; 2) indefensión; 3) atrapamiento y acomodación; 4) revelaciones retrasadas y escasamente convincentes; y 5) retractación posterior del abuso revelado.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como en cualquier otra forma de violencia sexual, el abuso del niño sucede en la intimidad, por lo que rara vez es presenciado por una tercera persona. Esto, junto con el retraso que existe habitualmente en ser visto por el médico y con la tendencia a que no haya lesiones, hacen que sea difícil ponerlo en evidencia. De ahí que el profesional sanitario deba estar atento a pequeñas pistas que puedan existir (Tabla III).

Manifestaciones verbales inespecíficas. En ocasiones el niño manifiesta a un adulto, progenitor u otro adulto de confianza, que ha tenido experiencias incómodas (tocamiento de genitales). A veces las revelaciones son vagas (*mi tío besa demasiado fuerte*). Otras veces el niño lo expresa de una manera indirecta por carecer del vocabulario adecuado (*jugamos al juego de los abrazos*). Pero los niños tienen miedo a revelarlo por las amenazas que ha recibido (*si se lo dices a tu madre te pegaré un puñetazo*), o le ha convencido para que no lo diga (*si lo dices sabes que pensarán que eres un mentiroso*). Incluso algunos niños mayores se dan cuenta del trastorno que origina dicha revelación y se retractan, ya que se sienten responsables de mantener la familia unida, de forma que se sacrifican por la estabilidad familiar, aunque van a seguir siendo víctimas.

Cambios inespecíficos en el comportamiento y clínica vaga. Otros niños presentan una sintomatología de trastornos del comportamiento inespecíficos consistentes en cualquier cambio brusco de conducta, como miedos excesivos, fobias, temor a dormir sólo, terrores nocturnos, comportamiento agresivo, fugas, tendencia suicida. También pueden presentar otras manifestaciones inespecíficas, como anorexia, abdominalgia, enuresis, encopresis, disuria, rectalgia, flujo vaginal, supuración uretral e incluso leves lesiones en el área genital, que indican al profesional que ha podido existir un abuso sexual.

Cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes. Otros niños ya presentan una sintomatología más preocupante. En el área del comportamiento pueden manifestar una curiosidad sexual exagerada o una masturbación compulsiva o un conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto. Y en la esfera física pueden presentar lesiones genitales (traumatismo genital, anal o uretral, hemorragia, prurito, vulvitis, vulvo-

TABLA III. MANIFESTACIONES DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

-
- Manifestaciones verbales inespecíficas del niño
 - Cambios inespecíficos en el comportamiento y clínica vaga
 - Cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes
 - Revelación específica del abuso
-

vaginitis, flujo, dolor genital crónico, cuerpo extraño en la vagina), lesiones anales (proctitis, hemorragia, prurito, dolor anal crónico, encopresis, defecación dolorosa, cuerpo extraño en el recto), lesiones urinarias (disuria, infección urinaria recurrente, enuresis y abdominalgia), lesiones bucales (hematoma en paladar), enfermedades de transmisión sexual (cualquier ETS debe ser considerada como evidencia de abuso, hasta que no se demuestre lo contrario) y embarazo.

Toda esta sintomatología no es específica de abuso sexual; de hecho, en niñas con secreciones vaginales⁽¹⁸⁾ se encontró un abuso sexual en un 11% de los casos, y en las que presentaban flujo vaginal predominaron las infecciones específicas, mientras que en las que no tenían flujo lo hicieron las inespecíficas. Un 15-20% de los niños que han sufrido un abuso sexual pueden presentar algún hallazgo anómalo genital o anal que puede hacer sospechar dicho abuso, pero la ausencia de hallazgos no descarta el abuso sexual, porque puede que no se produjeran lesiones, o porque ya hayan cicatrizado. En un estudio de 236 niños sometidos a abuso sexual por perpetradores convictos, sólo un 23% de las exploraciones genitales en niñas se consideraron sospechosas o anómalas, y sólo un 7% de las exploraciones anales en ambos sexos fueron anómalas⁽¹⁹⁾.

Debido a los cambios somáticos con la edad, en los últimos años ha habido un esfuerzo por diferenciar claramente la normalidad de la anormalidad en la anatomía genital femenina. Se han publicado glosarios de términos⁽²⁰⁾, estudios de las variaciones anatómicas del himen⁽²¹⁾, que ponen de manifiesto que el himen está presente en todas las recién nacidas que se desarrollan con normalidad. En esta edad, debido a los estrógenos maternos está engrosado. Posteriormente, en niñas preescolares y escolares es delgado y sin muchos cambios⁽²²⁾; hasta que con la pubertad de nuevo engruesa y se desarrollan pliegues redundantes. También se han realizado estudios en niñas prepúberes sobre la mor-

fología del himen, que puede adoptar formas variadas: semi-lunar, anular, con protuberancias, con crestas, con adherencias a los labios menores, etc.^(23,24). Y han proporcionado datos de las medidas de los diámetros horizontal y sagital, dependiendo de la técnica del examen, separación de los labios, tracción o en posición genupectoral⁽²⁵⁾. El examen en estas tres posiciones puede ayudar a mejorar el proceso diagnóstico de un caso de sospecha de abuso sexual, aunque esto no significa que cada caso requiera un examen con los tres métodos.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño⁽¹²⁾. La sintomatología que pueden exhibir es variada. Algunos niños pueden estar completamente asintomáticos. Aunque la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior⁽²⁶⁾.

Las anomalías en los genitales masculinos son inusuales, aunque a veces se han encontrado laceraciones resultantes de la penetración, hematomas, engrosamiento de los pliegues o rugosidades, distorsiones anatómicas debidas a las cicatrices, dilatación anal superior a 2,0 cm (niño en pronación y sin heces visibles en la ampolla rectal), eritema y congestión venosa⁽²⁷⁾. Para diferenciar las lesiones en genitales masculinos debidas a abuso sexual o a accidente se realizó un estudio de casos y controles con 88 pacientes⁽²⁸⁾. En los 44 abusados se encontró un 100% de lesiones anales y en un 5% laceraciones peneanas. Mientras que en el grupo accidental se encontraron laceraciones en escroto en el 36% y en el pene en el 15%, pero no se encontraron lesiones anales aisladas.

La probabilidad de adquirir una infección VIH tras un abuso sexual es baja, pero existe. Un estudio llevado a cabo en 9.136 niños que habían sufrido un abuso sexual⁽²⁹⁾ se encontró VIH en 26, es decir, en el 0,28% (IC-95%: de 0,19 a 0,42%).

La valoración de la persona que ha sufrido un abuso sexual debe realizarse con carácter de urgencia en tres cir-

cunstancias, a) cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y/o psíquico; b) cuando la víctima necesita protección con carácter inmediato; y c) cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas, por la posibilidad de perder pruebas.

La evaluación de un caso de abuso sexual infantil sospechado exige hacer una historia clínica minuciosa realizada a los padres y al niño, una exploración física, la realización de pruebas de laboratorio adecuadas y la documentación cuidadosa de los hallazgos. También se deben recoger otros datos de diferentes profesionales. De ahí que la atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinar (asistente social, psicólogo, pediatra, enfermera, policía, etc.). Como en la valoración del caso de sospecha de abuso sexual suele incluir a los sistemas legales, es importante ofrecer una información sin prejuicios y comprensible por profesionales no médicos.

Ante una sospecha de abuso sexual debe tenerse también en consideración una lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación⁽³⁰⁻³²⁾, a veces inventada por la madre⁽³³⁾ o por los dos padres⁽³⁴⁾.

Historia clínica

La finalidad es comprender lo que le ha pasado al menor, conocer su estado de salud, su nivel de desarrollo y las fuerzas y debilidades de la familia.

Historia familiar. Hay que preguntar a los padres (o a los custodios) qué ha manifestado el niño, en qué circunstancias y a quién⁽³⁵⁾, y cómo reaccionaron ante la alegación. Además, es preciso conocer el estado físico y mental de los padres, la existencia de antecedentes de abuso sexual en la infancia de los padres, el estado de salud y desarrollo de los hermanos, la existencia de violencia en el domicilio del niño, el abuso de drogas, la existencia de factores de estrés familiar en época reciente, los recursos y apoyos de la familia, la respuesta de cada miembro familiar ante las alegaciones que ha hecho el niño, cómo es el vínculo matrimonial (separación, divorcio, etc.), los acuerdos de custodia existentes (régimen de visitas, etc.) y si el abuso sexual ocurrió antes, durante o después de la separación, etc.

Historia del niño. Cuando el niño es mayorcito se le debe entrevistar a solas⁽³⁶⁾, con preguntas no dirigidas realizadas por un entrevistador diestro en manejar a niños^(37,38). A veces es importante utilizar dibujos o muñecas anatómicas^(39,40), y

aunque ha habido mucha polémica sobre su utilidad, actualmente ésta parece estar zanjada en el sentido de que su utilización puede ayudar a que el niño describa lo que sucedió⁽⁴¹⁾, aunque algunos autores refieren que no debieran utilizarse antes de los 5 años de edad⁽⁴²⁾. El sexo del entrevistador influye en las respuestas de los niños, pero esto se puede atenuar si se realizan entrevistas estructuradas⁽⁴³⁾. El objetivo de la entrevista es, por un lado, conocer cómo transcurre la vida del niño y quién le cuida; de otro lado, conocer el comportamiento del niño (cambios de conducta, actitudes hacia determinada persona, nerviosismo, tristeza, mal rendimiento escolar, pesadillas nocturnas y otras alteraciones del sueño, comportamientos sexualizados, etc.); y finalmente, conocer la existencia de síntomas específicos (hemorragia vaginal, anal, encopresis, estreñimiento, etc.).

Exploración física

El examen físico transmite confianza, tanto a la familia, como al niño acerca de su estado físico. Se realiza con los siguientes objetivos: detectar lesiones anogenitales secundarias o sugestivas de abuso, detectar signos de abuso o de desatención y detectar trastornos que precisen tratamiento médico. La exploración física debe ser completa y nunca se debe olvidar la cavidad oral. Generalmente, se realiza la exploración genital en posición supina con separación de extremidades. La valoración del himen se realiza mediante separación labial y tracción. También es útil la posición genupectoral. El colposcopio ha demostrado su utilidad, aunque no es imprescindible, ya que con un simple otoscopio se puede conseguir un aumento razonable. De hecho, no hay mucha diferencia entre los dos métodos⁽⁴⁴⁾.

Los hallazgos físicos pueden ser, en orden decreciente de especificidad diagnóstica⁽¹⁴⁾:

1. *Signos específicos o diagnósticos de abuso sexual (incluso sin el antecedente de abuso):* a) evidencia de eyaculación: presencia de semen, esperma o antígenos y/o enzimas específicos del semen; embarazo (en ausencia de una relación sexual consentida); b) enfermedades de transmisión sexual: sífilis no perinatal, gonorrea no perinatal, VIH no adquirida por vía perinatal o intravenosa; c) lesiones genitales o anales en ausencia de una explicación accidental adecuada: laceraciones, abrasiones, contusiones, cortes transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordedura; d) abertu-
2. *Signos compatibles con abuso sexual (la anamnesis y exploración pueden ser importantes para el diagnóstico):* a) otras enfermedades de transmisión sexual no adquiridas perinatalmente: tricomonas, clamidia, condiloma acuminado, herpes simple; b) rupturas del himen: concavidades angulares laterales o posteriores (escotaduras, fisuras), cortes transversales, ausencia, o menor cantidad de himen, cicatrices; c) cambios específicos en el ano: cicatrices o colgajos anales fuera de la línea media, dilatación superior a 15 mm sin materia fecal en la ampolla, irregularidades del orificio anal después de una dilatación total; d) dilatación pronunciada de la abertura del himen en diferentes posiciones de examen.
3. *Signos a veces secundarios a abuso sexual, pero que también tienen otras causas (la anamnesis y otras investigaciones son importantes para el diagnóstico):* vaginosis bacteriana, fusiones labiales externas en niñas que no usaban pañales desde varios años atrás y sin otra causa de irritación labial, friabilidad de la horquilla, otros cambios en el ano (dilatación anal menor de 15 mm reiterada, acortamiento o eversión del canal anal, fisuras perianales, piel perianal engrosada y disminución de los pliegues), erección persistente del pene durante el examen de varones pre-púberes.
4. *Signos rara vez secundarios a abuso:* a) signos vestibulares (eritema, folículos linfoides en la fosa navicular, zonas avasculares en la línea media de la fosa navicular); b) signos uretrales (bandas periuretrales, dilatación uretral con la tracción de los labios); c) signos en el himen (pequeños montículos, proyecciones o remanentes con anatomía himeneal, por lo demás normal, concavidades anteriores del himen, lisas, curvas y/o poco profundas, himen imperforado); d) signos en los labios (fusiones pequeñas, fusiones más extensas en niñas que aún usan pañales, zonas avasculares en la línea media de la horquilla); e) signos en la vagina con himen normal (rugosidades, pliegues); f) signos en el ano (eritema, hiperpigmentación, congestión venosa después de 2 minutos en posición genupectoral, colgajos o pliegues cutáneos en la línea media, por delante del ano, zonas lisas en la

TABLA IV. TOMA DE MUESTRAS EN UN CASO DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

| ETS | Muestras |
|----------------------|--|
| Gonococo | Cultivos de recto, vagina, uretra y faringe |
| Clamidia | Cultivos de recto y uretra |
| Sífilis | Serología a las 0, 6, 12 y 24 semanas Examen de campo oscuro del exudado del chancro, si existe |
| VIH | Serología a las 0, 6, 12, y 24 semanas; y a los 12 meses Serología en el agresor, si es posible |
| VHB | Serología en el agresor, si es posible |
| Herpes simple | Cultivo de la lesión |
| Vaginosis bacteriana | Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal |
| Papiloma | Biopsia de la lesión |
| Tricomonas | Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal |
| Pediculosis | Identificación de piojos y huevos |

línea media, por delante o por detrás del ano, episodio único de dilatación anal < 15 mm, dilatación anal con materia fecal en la ampolla, aplanamiento del borde y de los pliegues del ano durante su dilatación, candidiasis anal), aunque, generalmente, los hallazgos de lesiones anales son raros⁽⁴⁵⁾.

Pruebas de laboratorio

Tres son los objetivos fundamentales de las pruebas complementarias: detectar la presencia de una ETS, detectar la presencia de semen si no han transcurrido más de 72 horas, y detectar un posible embarazo en adolescentes.

Enfermedades de transmisión sexual. Aproximadamente un 5% de las víctimas de abuso sexual adquieren una ETS como resultado de la agresión⁽⁴⁶⁾. Las pruebas pretenden detectar gonorrea, sífilis, tricomonas, clamidia, vaginosis bacteriana, herpes simple, VIH, hepatitis B y C. Es importante conocer que hay contactos maternos. También es importante saber que la frecuencia de ETS en preadolescentes es baja, como se demostró en un estudio con 2.731 preadolescentes⁽⁴⁷⁾, en que se encontró gonorrea en un 3,4% de los casos. La toma de muestras debe ser tal como queda reflejada en la tabla IV. Respecto al abuso se puede concluir⁽⁴⁸⁾ que es: a) cierto si hay gonorrea no perinatal, sífilis no perinatal, VIH no perinatal ni transfusional, clamidias no perinatal; b) muy sos-

pechoso si hay tricomonas, c) sospechoso si hay condiloma acuminado no perinatal o si hay herpes genital; y d) no concluyente si hay vaginosis bacteriana.

Semen. Se debe buscar su existencia. Con la luz de Wood aparece un color entre verde azulado y naranja.

Embarazo. Siempre que la niña haya tenido la menarquia se deberá realizar la prueba de embarazo; primero para comprobar si ya estaba embarazada antes del episodio de abuso y en segundo lugar por si el abuso produjo un embarazo.

DOCUMENTACIÓN

En la historia clínica deberán figurar los hechos referidos por la familia o el niño con sus propias palabras. Los hallazgos de la exploración física deberán ser anotados cuidadosamente, incluso con dibujos esquemáticos. Hoy se dispone de una hoja estandarizada que es la que deberemos utilizar (Fig. 3). Esta hoja, propuesta por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁽⁴⁹⁾, consta de un anverso para anotar los hallazgos y de un reverso para las notas explicativas. Cada Comunidad Autónoma puede añadir su logotipo y hacer pequeñas modificaciones (en el homúnculo, etc.).

Debe anotarse la agresión con las mismas palabras que refiere la víctima, ya que la historia clínica es un documento legal y, por tanto, será sometido a examen igual que cualquier otra prueba⁽⁵⁰⁾.

También es importante documentar la valoración con fotografías perfectamente rotuladas (fecha, nombre del niño y médico, nº de historia clínica).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es un auténtico desafío intelectual para el médico identificar la etiología de los hallazgos encontrados ante una sospecha de abuso sexual. Es tal reto para los médicos que no siempre están de acuerdo en los hallazgos, como demuestra un estudio mediante cuestionarios en el que se compararon 7 casos simulados, para evaluar las valoraciones de 206 médicos experimentados en valoración de abusos sexuales respecto a un panel de expertos⁽⁵¹⁾. En general, los más

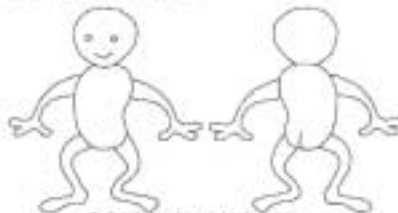
**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una replicación detallada de los indicadores, véase el dorso

LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA

Sospecha
Maltrato

| MALTRATO FÍSICO | | |
|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Magulladuras o moratones ¹ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Quemaduras ² |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Fracturas óseas ³ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Héridas ⁴ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Lesiones viscerales ⁵ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Mordeduras humanas ⁶ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Intoxicación forzada ⁷ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Síndrome del niño zarandado ⁸ |



Señale la localización de los síntomas

| NEGLEGENCIA | | |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Escasa higiene ⁹ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Falta de supervisión ¹⁰ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Cansancio o apatía permanente |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | No va a la escuela |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Ha sido abandonado |

Otros síntomas o comentarios:

| MALTRATO EMOCIONAL | | |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Maltrato emocional ¹³ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> | Cuidados excesivos / Sobrepotección ¹⁵ |

| ABUSO SEXUAL | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Sin contacto físico |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Con contacto físico y con penetración |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Dificultad para andar y sentarse |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Dolor o prurito en la zona genital |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Genitales o vulva hinchados o rojos |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Explotación sexual |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Semen en la boca, genitales o ropa |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea ¹⁷ |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Apertura anal patológica ¹⁸ |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> | Configuración del himen ¹⁹ |

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño: Apellido Nombre Caso Fatal (fallecimiento del niño) SI

Domicilio Localidad Teléfono

Sexo V M Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)

Acompañante Padre Madre Tutor Policia Vestro Otro(especificar)

Identificación del notificador: Centro Fecha de Notificación (dd/mm/aa)

Nombre: Área sanitaria

Profesional: Médico Enfermera Trabajador Social Matrona Psicólogo Nº Colegiado

Figura 3. Propuesta de Hoja de Notificación del Maltrato Infantil por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales *personalizable* por cada Comunidad Autónoma.

experimentados coincidían con el panel de expertos, aunque hubo diferencias. Los menos experimentados son más fácilmente influenciados en la interpretación de los hallazgos por lo referido en la historia clínica⁽⁵²⁾.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con diferentes entidades dermatológicas, anomalías congénitas, uretrales, anales, infecciones, lesiones de diferente etiología y otras enfermedades más raras (Tabla V).

Ante un eritema o un hematoma en área genital hay que pensar también en otras causas que se pueden confundir con un abuso sexual⁽⁵³⁾, como causas accidentales, como la caída en horcajadas (muchas veces con testigos, suelen afectar a la parte anterior, el hematoma es en genitales externos y no suelen afectar al himen), o también en niños por el cierre de la cremallera o porque se les cae la tapa del inodoro; y en enfermedades médicas, como trastornos de la coagu-

TABLA V. ENTIDADES CON LAS QUE SE DEBE REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE LA SOSPECHA DE UN ABUSO SEXUAL

| | |
|----------------|---|
| Dermatológicos | Liquen esclerosante Liquen simple crónico Dermatitis del pañal Oxiuros Mala higiene Baños de burbujas Hematomas no causados por abuso Dermatitis seborreica Dermatitis atópica Dermatitis de contacto Psoriasis Penfigoide bulloso Congestión venosa perianal |
| Congénitos | Fusión de labios Hemangioma Defectos de la línea media Rafe prominente Línea vestibular Hiperpigmentación perianal Colgajos de piel anal en la línea media Diástasis anal |
| Uretrales | Prolapso Carúncula Hemangioma Sarcoma botrioides Ureterocele |
| Anales | Enfermedad de Crohn Dilatación anal postmortem Estreñimiento crónico Prolapso rectal Síndrome urémico-hemolítico Tumor de recto |
| Infecciones | Vaginitis estreptocócica Celulitis perianal Verrugas perinatales Varicela Candida |
| Lesiones | Caída en horcajadas Lesión penetrante Circuncisión femenina Torniquete de pelo Lesión genital por accidente automovilístico o por el cinturón de seguridad |
| Otros | Enfermedad de Behçet |

lación, en dermatopatías, como el liquen escleroso (dolorimiento genital y hemorragias subepididimarias, friabilidad hística, hipopigmentación, prolapso uretral con sangrado vaginal, disuria), enfermedades infecciosas, como la estreptococia, cuerpos extraños en la vagina e incluso falsas alegaciones⁽³²⁾, que, en general, deberán sospecharse cuando éste tenga un trastorno mental o esté en medio de una intensa disputa por la custodia o cuando sus declaraciones son inconsistentes o carecen de detalles o cuando no está afectado por lo que relata. Por otro lado, no conviene insistir mucho al niño, pues con preguntas dirigidas puede cambiar de respuesta o decir lo que el investigador quiera, ya que los niños son muy sugestionables⁽⁵⁴⁾.

TRATAMIENTO

Ante un caso de abuso sexual se debe actuar en tres frentes: 1) proporcionar al niño atención médica adecuada; 2) denunciar ante los servicios de protección; y 3) asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia.

Atención médica. Debe dirigirse a proporcionar al niño y a la familia la seguridad de que su cuerpo está físicamente intacto, por lo que deberá abordar todas las lesiones que existan. No se debe culpar al niño o a su familia. Conviene decirle que lo sucedido no fue de su responsabilidad. Es muy importante tranquilizarle y convencerle de que es una persona normal, como los demás chicos/as de su edad, que en un futuro podrá casarse y tener hijos y convencerle de que sus lesiones cicatrizarán. La familia debe recibir apoyo y hay que quitar las preocupaciones sobre la virginidad. Se les debe decir que no hay relación entre abuso y homosexualidad posterior. El tratamiento médico debe encaminarse a: a) profilaxis de las ETS (Tablas VI, VII y VIII); b) estudio de VIH; c) prevención del embarazo; y d) si más adelante se confirma alguna enfermedad, tratarla específicamente.

Denuncia. Todo médico que sospecha un abuso sexual tiene la obligación de denunciarlo a Protección de Menores. Y dado que es un delito, conviene implicar al sistema judicial, aunque debido a los arreglos sólo un 5% llegan a juicio. Así pues, es necesario una doble notificación; al Juzgado y la Servicio de Protección de Menores. Es importante que el profesional sanitario denuncie el caso de abuso sexual, incluso la sospecha fundada. No sirve escudarse en que no está con-

TABLA VI. TRATAMIENTO DE LAS ETS EN PREADOLESCENTE MENOR DE 45 KG

| | |
|------------------------|--|
| Gonorrea | Cefixima vo (8 mg/kg), una dosis o ceftriaxona im (125 mg), una dosis |
| Clamidia | Azitromicina vo (20 mg/kg), una dosis o eritromicina vo (50 mg/kg), en 4 dosis, 10-14 días |
| Sífilis | Penicilina G benzatina im (50.000 U/kg, máx 2.400.000), una dosis |
| VHB | Empezar o completar la inmunización, si no lo está |
| Vaginosis y tricomonas | Metronidazol vo (15 mg/kg), en tres dosis, 7 días |

TABLA VII. TRATAMIENTO DE LAS ETS EN PREADOLESCENTE MAYOR DE 45 KG

| | |
|------------------------|---|
| Gonorrea | Cefixima vo (400 mg), una dosis o ceftriaxona im (125 mg), una dosis |
| Clamidia | Azitromicina vo (1 g), una dosis o doxiciclina vo (100 mg), dos veces, 7 días |
| Sífilis | Penicilina G benzatina im (50.000 U/kg, máx 2.400.000), una dosis |
| VHB | Empezar o completar la inmunización, si no lo está |
| Vaginosis y tricomonas | Metronidazol vo (2 g), una dosis |

TABLA VIII. TRATAMIENTO DE LAS ETS EN ADOLESCENTE

| | |
|------------------------|--|
| Gonorrea | Cefixima vo (400 mg), una dosis o ceftriaxona im (125 mg), una dosis o ciprofloxacino vo (500 mg), una dosis u ofloxacino vo (400 mg), una dosis |
| Clamidia | Azitromicina vo (1 g), una dosis o doxiciclina vo (100 mg), dos veces, 7 días |
| Sífilis | Penicilina G benzatina im (50.000 U/kg, máx 2.400.000), una dosis |
| VHB | Empezar o completar la inmunización, si no lo está |
| Vaginosis y tricomonas | Metronidazol vo (2 g), una dosis |
| VIH | Antirretrovirales |
| Embarazo | Anticonceptivo + antiemético |

firmado el caso. Para eso ya existen otros ámbitos que dirimirán. Pero si el pediatra no denuncia no está defendiendo al menor, ni evitando otros posibles casos, y, exagerando, en cierta medida se está haciendo cómplice de la situación.

Salud mental. Una vez conocido el abuso empiezan a actuar más profesionales, y esto puede crear un estado de confusión en el niño al ver que tantas personas se preocupan de él. Puede estar confundido, disgustado y avergonzado de tener que hablar de sus intimidades. Los familiares pueden sentirse culpables de que haya un caso en su familia, pueden también estar divididos, pueden no creer al niño. Si el perpetrador es un familiar los problemas son mayores, la madre puede cuestionarse su sexualidad, su capacidad de proteger a los hijos, su capacidad de pareja, su capaci-

dad de sacar adelante a los hijos, etc. El sistema sanitario debe dar una respuesta a esta familia, tanto a corto, como a largo plazo. El médico debe apoyar a la familia a reconocer los variados aspectos emocionales que puedan surgir.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Varios estudios y metaanálisis⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾ con muestras amplias de población han puesto en evidencia las consecuencias del abuso sexual.

Consecuencias a corto plazo (en los dos primeros años): miedo, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, enojo, problemas escolares, delincuencia, agresión, hostilidad, comportamiento antisocial, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas, huida del hogar.

Consecuencias a largo plazo: ansiedad, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, aislamiento, baja autoestima, problemas de relaciones interpersonales, tendencia a la revictimización, abuso de drogas, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas.

El abuso sexual puede suponer un impacto duradero y devastador para el desarrollo del niño y de su familia^(60,61), sobre todo, cuando hubo penetración, el abuso fue duradero y realizado por un familiar cercano. Los varones que sufrieron abuso sexual en su infancia corren el riesgo de ser en un futuro abusadores sexuales⁽¹³⁾. También serán con más frecuencia perpetradores de actos sexuales coercitivos.

PREVENCIÓN

Los intentos de prevención se han dedicado, sobre todo, a desarrollar programas en la escuela para enseñar a los niños a protegerse, como por ejemplo cuáles son las formas de tocar buenas y malas⁽⁶²⁾. Esto ya se puede aprender desde los 4-6 años de edad. Y aunque hay estudios que demuestran efectos positivos en la prevención⁽⁶³⁻⁶⁵⁾, aún no está demostrado si estos programas han ayudado a prevenir el abuso sexual; de hecho, algunos autores dicen que no hay un efecto claro de los programas de prevención⁽⁶⁶⁾. Otros metaanálisis demuestran que los programas educativos mejoran el conocimiento de los niños sobre el ataque sexual, pero no demuestran que se reduzca en número de ataques⁽⁶⁷⁾, pero sí son importantes los programas preventivos en los niños, como, por ejemplo, la detección de niños en riesgo durante el período de posparto⁽⁶⁸⁾, e incluso la detección en la visita prenatal de posible abuso en la madre adolescente, para evitar el círculo vicioso intergeneracional de violencia⁽⁶⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 1978; **62**: 382-9.
2. Consellería de Familia e Promoción do emprego, Muller e Xuventude. Guía para a detección do maltrato infantil. Xunta de Galicia; 2002: <http://www.xunta.es/conselle/fm/dxf/submenores/defensa/maltrato/Guiamaltrato.pdf>
3. Paradise JL. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1990; **4**: 889-912.
4. Feldman W, Feldman E, Goodman JT, et al. ¿Está realmente aumentando la prevalencia de los abusos sexuales en los niños? Un análisis de las pruebas. *Pediatrics* (ed. español) 1991; **32**: 5-8.
5. Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse Negl* 2001; **25**: 1139-58.
6. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse Negl* 1998; **22**: 481-91.
7. Urra J. Agresor sexual. Casos reales. Riesgo de reincidencia. Madrid: Eos; 2003. p. 341.
8. Riis L, Bodelsen H, Knudsen FU. [Incidence of child neglect and child abuse in the region of Copenhagen]. *Ugeskr Laeger* 1998; **160**: 5358-62.
9. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Negl* 1995; **19**: 1039-50.
10. Finkelhor D. Risk factors in the sexual victimization of children. *Child Abuse Negl* 1980; **4**: 265-73.
11. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997; **278**: 131-5.
12. Pou J, Ruiz A, Comas L, Petitbó MD, Ibáñez M, Bassets J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr* 2001; **54**: 243-50.
13. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA* 1998; **280**: 1855-62.
14. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1996; **17**: 236-49.
15. Briere J, Runtz M. University males' sexual interest in children: predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. *Child Abuse Negl* 1989; **13**: 65-75.
16. Berliner L, Conte JR. The process of victimization: the victims' perspective. *Child Abuse Negl* 1990; **14**: 29-40.
17. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; **7**: 177-93.
18. Paradise JE, Campos JM, Friedman HM, Frishmuth G. Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation. *Pediatrics* 1982; **70**: 193-8.
19. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; **94**: 310-7.
20. American Professional Society on the Abuse of Children. Glossary of terms and the interpretation of findings for child sexual abuse evidentiary exams. Chicago: APSAC; 1998.
21. Berenson A, Heger A, Andrews S. Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics* 1991; **87**: 458-65.
22. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002; **140**: 600-7.
23. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM, Bailey RK, Emans SJ. Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics* 1992; **89**: 387-94.
24. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. *Pediatrics* 1990; **86**: 428-39.
25. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. *Pediatrics* 1990; **85**: 182-7.
26. AAP, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; **103**: 186-91.
27. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. *Child Abuse Negl* 1989; **13**: 179-93.

28. Kadish HA, Schunk JE, Britton H. Pediatric male rectal and genital trauma: accidental and nonaccidental injuries. *Pediatr Emerg Care* 1998; **14**: 95-8.
29. Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beil J, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics* 1998; **102**: E46.
30. Everson MD, Boat BW. False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; **28**: 230-5.
31. Bernet W. False statements and the differential diagnosis of abuse allegations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; **32**: 903-10.
32. Silber TJ. False allegations of sexual touching by physicians in the practice of pediatrics. *Pediatrics* 1994; **94**: 742-5.
33. Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993; **68**: 444-7.
34. Savvidou I, Bozikas VP, Karavatos A. False allegations of child physical abuse: a case of Munchausen by proxy-like syndrome? *Int J Psychiatry Med* 2002; **32**: 201-8.
35. Faller KC, Froning ML, Lipovsky J. The parent-child interview: use in evaluating child allegations of sexual abuse by the parent. *Am J Orthopsychiatry* 1991; **61**: 552-7.
36. Leventhal JM, Bentovim A, Elton A, Tranter M, Read L. What to ask when sexual abuse is suspected. *Arch Dis Child* 1987; **62**: 1188-93.
37. Rappley M, Speare KH. Initial evaluation and interview techniques for child sexual abuse. *Prim Care* 1993; **20**: 329-42.
38. Wood B, Orsak C, Murphy M, Cross HJ. Semistructured child sexual abuse interviews: interview and child characteristics related to credibility of disclosure. *Child Abuse Negl* 1996; **20**: 81-92.
39. Hibbard RA, Roghmann K, Hoekelman RA. Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse. *Pediatrics* 1987; **79**: 129-37.
40. Leventhal JM, Hamilton J, Rekedal S, Tebano-Micci A, Eyster C. Anatomically correct dolls used in interviews of young children suspected of having been sexually abused. *Pediatrics* 1989; **84**: 900-6.
41. Everson MD, Boat BW. Putting the anatomical doll controversy in perspective: an examination of the major uses and criticisms of the dolls in child sexual abuse evaluations. *Child Abuse Negl* 1994; **18**: 113-29.
42. Bruck M, Ceci SJ, Francoeur E. Children's use of anatomically detailed dolls to report genital touching in a medical examination: developmental and gender comparisons. *J Exp Psychol Appl* 2000; **6**: 74-83.
43. Lamb ME, Garretson ME. The effects of interviewer gender and child gender on the informativeness of alleged child sexual abuse victims in forensic interviews. *Law Hum Behav* 2003; **27**: 157-71.
44. Muram D, Elias S. Child sexual abuse--genital tract findings in prepubertal girls. II. Comparison of colposcopic and unaided examinations. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **160**: 333-5.
45. Muram D. Anal and perianal abnormalities in prepubertal victims of sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **161**: 278-81.
46. American Academy of Pediatrics. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y niños. En: Pickering LK (ed.) 2000 Red Book: Report of the Comité on Infectious Diseases. 25ª ed. [edición en español] Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000. p. 143-7.
47. Ingram DL, Everett VD, Flick LA, Russell TA, White-Sims ST. Vaginal gonococcal cultures in sexual abuse evaluations: evaluation of selective criteria for preteenaged girls. *Pediatrics* 1997; **99**: 863(e8). URL:<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e8>.
48. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review. *Pediatrics* 1999; **103**: 186-91.
49. Díaz J, Esteban J, Romeo FJ, et al [Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil]. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Madrid; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: 2001. [accesible en <http://www.mtas.es/SGAS/infancia/observatorio/MaltratoInfantil.pdf>]
50. Parrish MI, Feroli KL, Felice ME. Violación. En: Hoekelman RA, Adam HM, Nelson NM, Weitzman ML. Atención Primaria en Pediatría. Madrid: Elsevier Science; 2002. p. 2239-47.
51. Paradise JE, Finkel MA, Beiser AS, Berenson AB, Greenberg DB, Winter MR. Assessments of girl's genital findings and the likelihood of sexual abuse: agreement among physicians self-rated abuser sexual skilled. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; **151**: 883-91.
52. Paradise JE, Winter MR, Finkel MA, Berenson AB, Beiser AS. Influence of the history on physicians' interpretations of girls' genital findings. *Pediatrics* 1999; **103**: 980-6.
53. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *Am J Dis Child* 1990; **144**: 1319-22.
54. Bruck M, Ceci SJ. The suggestibility of children's memory. *Annu Rev Psychol* 1999; **50**: 419-39.
55. Golding JM. Sexual assault history and headache: five general population studies. *J Nerv Ment Dis* 1999; **187**: 624-9.
56. Roodman AA, Clum GA. Revictimization rates and method variance: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2001; **21**: 183-204.
57. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; **135**: 17-36.
58. Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress* 2002; **15**: 187-97.
59. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; **31**: 136-50.

60. Briere J, Runtz M. The long-term effects of sexual abuse: a review and synthesis. *New Dir Ment Health Serv* 1991; **51**: 3-13.
61. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child* 1994; **4**: 54-69.
62. Horno P, Santos A, del Molino C. Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales. Madrid: Save to Children, 2001. en URL: <http://www.save-the-children.es/organizacion/orga-programas.htm>
63. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997; **21**: 975-87.
64. Wurtele SK, Owens JS. Teaching personal safety skills to young children: an investigation of age and gender across five studies. *Child Abuse Negl* 1997; **21**: 805-14.
65. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *J Clin Child Psychol* 2000; **29**: 257-65.
66. Bolen RM. Child sexual abuse: prevention or promotion? *Soc Work* 2003; **48**: 174-85.
67. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. *Part II. J Child Psychol Psychiatry* 1994; **35**: 857-76.
68. Leventhal JM, Pew MC, Berg AT, Garber RB. Use of health services by children who were identified during the postpartum period abuso sexual being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics* 1996; **97**: 331-5.
69. Stevens-Simon C, Reichert S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse. A developmental approach to an intergenerational cycle. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; **148**: 23-7.