



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### ABORDAJE DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: COMBATIENDO LA REVICTIMIZACIÓN

*Marcela González Sáenz<sup>1</sup>  
Silvia Vanessa Álvarez Umaña<sup>2</sup>  
Jahaira Vanessa Soto Cerdas<sup>3</sup>  
Víctor Daniel Quirós Quirós<sup>4</sup>*

#### RESUMEN:

Cuando el médico tiene poca experiencia o no suele enfrentarse a este tipo situaciones, el diagnóstico de abuso sexual es difícil y cuando es un niño o una niña es aún más complicado. En la dinámica de estos eventos intervienen diversos factores. Al evaluar al niño o niña afectada es indispensable evitar la revictimización, que al tomar lugar se convierte en una nueva agresión, para lograr lo anterior se requiere que sea un equipo interdisciplinario y con experiencia, el que lleve a cabo la evolución. Se debe evitar la duplicación de interrogatorios, entrevistas y exploración física. En los casos de abuso crónico, se puede prescindir del examen físico. La relación predominante en los casos de abuso es la de padre e hija y el tipo de agresión más frecuente es el tocamiento en casi el 90% de los casos. Premisa que nos lleva a considerar que es frecuente encontrar el área genito-anal totalmente indemne durante la exploración física. Las consecuencias de sucesos como estos dependerán del apoyo familiar, el grado de culpabilidad que se genere en el niño y del abordaje y las estrategias que se pongan en marcha para enfrentar la agresión.

#### PALABRAS CLAVE:

Agresión infantil, abuso sexual infantil, incesto, exploración genito-anal.

#### ABSTRACT:

When the doctor has little experience, the diagnosis of sexual abuse is difficult and when the victim is a child, is even more complicated. The dynamic of these events involved several factors. When assessing the affected youth it is essential to avoid re-victimization, which becomes a new aggression. In order to achieve this is required an interdisciplinary and experienced team to develop the analysis. Avoid duplication of interrogations, interviews and physical examination. In cases of chronic abuse, the physicians can dispense physical examination. The predominant relationship in cases of abuse is father and daughter and the most frequent type of aggression is touching, almost in 90% of cases. Reason why is not uncommon to get no abnormal findings in physical examination. The consequences of these kinds of events will depend on family support, the degree of culpability that is generated on the child and the approach and the implemented strategies to deal with aggression.

1. Médico cirujano. Universidad de Costa Rica
2. Médico cirujano. Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: dra.silvia-alvarado@hotmail.com
3. Médico cirujano. Universidad de Costa Rica
4. Médico cirujano. Universidad San Judas Tadeo

Recibido para publicación 16/02/16

Aceptado 28/02/16



## KEY WORDS:

childhood aggression, child sexual abuse, incest, genital examination

## INTRODUCCIÓN

El llamado síndrome de niño maltratado es un suceso médico-social prevaleciente a nivel mundial.<sup>1</sup> Un menor puede ser agredido de muchas formas y es importante conocerlas para reconocer esta patología.

Entre las más conocidas y frecuentes se encuentra el maltrato psicológico, el maltrato físico, la negligencia y el abuso sexual.<sup>2</sup> Toda agresión, en sus diferentes magnitudes puede causar secuelas muy graves a corto, mediano y largo plazo.

La gran mayoría sufren consecuencias emocionales negativas, claro que, su magnitud dependerá de quien sea el agresor, el grado de culpabilidad del niño o niña y las estrategias que se pongan en marcha para enfrentar el acontecimiento.<sup>3</sup> La forma más frecuente de abuso sexual en la infancia es el incesto, por lo que es usual que se mantengan en secreto. Con alta frecuencia el descubrimiento de los sucesos se hace por solicitud de atención médica o psicológica por situaciones que en apariencia no están relacionadas al evento, por ejemplo, alteración de la conducta, presencia de vulvovaginitis o infecciones de transmisión sexual, hiperemia o lesiones en ano o genitales, embarazo no deseado, sospecha de un familiar o bien hallazgos en la exploración médica de rutina.

El diagnóstico no es sencillo, e implica el acumulo de experiencia y el estudio del problema a fondo, tomando en cuenta los aspectos éticos y profesionales. Si se trabaja con población infantil, es meritorio establecer sistemas de comunicación y de apoyo para la atención ante un eventual nuevo caso, con el fin de procurar una recuperación física y emocional con las menores repercusiones negativas posibles. Tener conocimiento de lo esperado al examen físico y de lo que se debe preguntar en un historial detallado, sería de ayuda para aliviar la ansiedad del médico tratante y evitar la repetición de preguntas y conversaciones.

## DEFINICIÓN

Al ser un tema tan amplio y su evaluación multidisciplinaria, existen muchas definiciones; La Academia Americana de Pediatría define al abuso sexual infantil de la siguiente forma: "La práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder".<sup>4</sup> La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Mexicano de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) lo define como una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro u otros.<sup>5</sup> En la dinámica de estos sucesos intervienen varios factores que es necesario tomar en cuenta para tener una idea más clara del evento:

1. La coerción. Se refiere a la situación de poder o fuerza, que utiliza el agresor, para interactuar sexualmente con el niño o niña; incluye clásicamente amenaza, engaño, seducción, fuerza física o la combinación de dos o más de ellas.<sup>6,7</sup>
2. El nivel de desarrollo y la diferencia de edad. La incompatibilidad de este factor entre el agresor y la víctima impiden el consentimiento de la última; ambas partes poseen experiencias, nivel de maduración biológica y expectativas diferentes. El análisis del caso dependerá de la edad de la víctima y la del agresor, por ejemplo:<sup>8</sup>
  - Eventos entre menores y adultos. Interacción sexual entre niñas (os) menores de 12 años o con un adulto de 18 años o más.



- Eventos sexuales entre niñas(os) o adolescentes. Incluyendo experiencias entre menores 12 años y otra persona que tiene menos de 18 años pero cuatro años mayor.
  - Interacción sexual entre adolescentes de 13 a 16 años y adultos 10 o más años mayor que el adolescente.
  - Experiencias sexuales entre niños de la misma edad. La dominación física o emocional es criterio suficiente para establecer el diagnóstico de abuso sexual infantil, independientemente de la edad del agresor; se incluyen los abusos ocasionados entre iguales.<sup>6</sup>
3. El tipo de conducta sexual es otro de los aspectos que se debe analizar en detalle. Es pertinente ser capaz de diferenciar las prácticas normales o juegos sexuales, que son frecuentes en los niños en edades similares, de las conductas abusivas en donde la diferencia de edad, desarrollo psicológico y la coerción suelen marcar la diferencia. Los juegos sexuales se presentan generalmente en preescolares y en los primeros años de la edad escolar y son conductas de exploración y conocimiento, frecuente entre los 4 y 6 años de edad.<sup>6,9</sup>

En los eventos de abuso sexual infantil, la relación de desigualdad por edad, madurez, poder... entre el agresor y la víctima exponen que en este sentido, un niño (a) no puede involucrarse en actividades sexuales ya que por su etapa evolutiva no comprende ni está capacitado para dar su consentimiento.<sup>10</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

Debido a que los casos no se detectan en su totalidad o no se diagnostican correctamente, el subregistro es importante. Además las manifestaciones clínicas suelen ser confusas y casi siempre se encasillan en la esfera emocional y no se relacionan con la agresión propiamente.<sup>11</sup> Otra causa del subregistro al escaso porcentaje de denuncia, sobre todo en los casos de incesto, en donde se encubre al agresor por vergüenza o con tal de no perder estabilidad emocional, económica o ambas.<sup>12</sup>

Sin embargo se ha tratado de estimar la prevalencia, La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a nivel mundial, aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad.<sup>13</sup> En Estados aproximadamente 88,000 niños son víctimas de abuso sexual anualmente; 12 a 25% son niñas y 8 a 10% son varones.<sup>4</sup> España describe cifras similares, en pacientes menores de 17 años de edad.<sup>3</sup> En Costa Rica las estadísticas judiciales correspondientes al 2009 registraban 4000 denuncias nuevas presentadas por delitos sexuales cometidos contra la niñez. Solo en el 2014, el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, atendió más de 2,362 casos por situaciones de maltrato, agresión y abuso sexual.<sup>14</sup>

## CLASIFICACIÓN

Paradójicamente el abuso sexual infantil, en la mayoría de los casos es causado por personas cercanas al menor, usualmente conviven con él o ella. Pueden tener vínculos familiares o ser conocidos del menor y su familia:

- La forma más común, en el 65% de los casos, es el abuso familiar o incesto. El agresor más frecuente es el padre pero también figuran el padrastro, el hermano, el primo, el tío o el abuelo.<sup>15</sup>
- El abuso fuera de círculo familiar usualmente es causado por una persona conocida del menor o de la familia, en el 25% de los casos. En estos casos entre los agresores más frecuentes figuran los maestros de la escuela, padrinos, sacerdotes, etc. Solamente en el 10% de los casos el agresor es desconocido.<sup>16</sup> El tipo de abuso puede o no involucrar contacto físico:
- El evento que involucra contacto físico, incluye todas aquellas conductas en las que el agresor toca zonas del paciente con claras intenciones sexuales, las conductas pueden ser del agresor a la víctima (forma más frecuente) o de la víctima hacia el agresor: Puede tratarse de caricias o tocamientos de pechos, de genitales; contacto digito-genital, genito-genital, genito-oral, introducción de objetos en genitales y penetración vaginal, anal u oral.<sup>17</sup>



- El tocamientos es el tipo de agresión más frecuente, en un 90% de los casos; únicamente 4 a 10% de las experiencias entre adultos y niños implican coito.<sup>8</sup> La importancia de este hecho permite explicar una de las razones por las que frecuentemente no existen lesiones en el área genital, anal o en las dos cuando se explora a un niño con historia de abuso sexual, hecho que no descarta el incidente.
- En los casos de abuso sexual sin contacto físico, a pesar de no haber contacto físico directo, las repercusiones psico-emocionales pueden ser graves. Dentro de las formas de presentación más habituales se encuentra el exhibicionismo, petición de realizar actividades sexuales o intimidación, voyerismo...<sup>17</sup>

## DIAGNÓSTICO

Se convierte en un verdadero reto para el médico tratante, el diagnóstico de abuso sexual infantil. Estos casos deben abordarse de forma interdisciplinaria, sistémica y sin dejar de lado la ética profesional.<sup>18</sup> Para ellos es necesario tomar en cuenta aspectos como el tiempo transcurrido desde la agresión y el tipo de abuso.<sup>19-21</sup>

- Agresión sexual aguda o violación (menos de 72 horas). Puede ocurrir en niños y niñas aunque es más frecuente entre los adolescentes. A la exploración física es posible encontrar evidencias que apoyen el diagnóstico, principalmente cuando la revisión se realiza en las primeras 72 horas.
- Abuso sexual crónico. Lo más frecuente es que se trate de tocamientos o que hayan transcurrido meses o años después de una penetración vaginal o anal. Con cierta frecuencia la agresión se ha repetido en varias ocasiones. En estos casos lo más probable es que no existan evidencias físicas, en cuyo caso el diagnóstico se basa en las evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos o psiquiatras).

## Abordaje

### 1. Entrevista con el cuidador y el paciente.<sup>22-24</sup>

Si se cuenta en la institución donde laboramos una unidad especializada en el tema, antes de cualquier intervención se debe solicitar la valoración inmediata por parte de esta unidad. A diferencia de las agresiones agudas, las víctimas de eventos crónicos no siempre tienen una historia clara de lo ocurrido por lo que es necesario armar los hechos con la versión del paciente y la de los familiares o testigos. La entrevista se realizará por separado y se iniciará con el cuidador principal o la persona que solicita la valoración inicialmente, posteriormente se realizará al niño o niña afectada.

La entrevista propiamente debe tener una semiestructura, no debe ser rígida y las preguntas serán libres, preferiblemente que sea realizada por el médico, psicólogo o psiquiatra. De ser pertinente podrán participar otros profesionales como observadores mediante una cámara de Gessell, por ejemplo. Debe ser un lugar tranquilo, privado, que aporte comodidad, seguridad y confidencialidad a la víctima. En cada paso del abordaje es importante explicarle a la víctima y a sus familiares el objetivo de que cada intervención.

Las víctimas de abuso sexual presentan síntomas y signos clínicos que necesariamente hay que investigar a fondo, estos se pueden agrupar en manifestaciones físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales, todos ellos deben contextualizarse en el etapa del desarrollo del paciente. (Cuadro 1.)

**Cuadro 1:** Principales manifestaciones del abuso sexual infanto juvenil.

Tipos	Síntomas
Físicos	Trastornos del sueño: pesadillas, insomnio, somnolencia. Pérdida de control de esfínteres: enuresis encopresis.



Conductuales	Hábitos de alimentación: hiporexia, compulsividad, anorexia, bulimia. Consumo de drogas/alcohol, Huidas del hogar, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad, bajo rendimiento escolar.
Emocionales	Miedo generalizado, hostilidad, agresividad, culpa, vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima, rechazo de su cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos, trastorno de estrés postraumático.
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas, agresión sexual hacia otros menores, baja tolerancia al contacto físico, problemas de identidad sexual.
Sociales	Déficit en habilidades sociales, retraimiento escolar, aislamiento, conductas antisociales.

Fuente: Modificado de E. Echeburúa, P. de Corral. "Emotional consequences in victims of sexual abuse in childhood".

## 2. Exploración física.

Dependerá siempre del momento del evento, por ejemplo, en los casos de abuso sexual crónico, el examen físico no es una urgencia, se debe esperar a que el profesional especializado le realice. Éste siempre deberá obtener el consentimiento informado de los familiares antes de cualquier intervención o procedimiento.<sup>25</sup> Se debe hacer acompañar por un enfermero o enfermera y la madre o encargado del menor.<sup>26</sup> La exploración física no es un proceso forzado y siempre se debe explicar los objetivos del mismo, con mayor énfasis si se van a utilizar instrumentos como colposcopio u otros.<sup>22</sup> Siempre deberá prevalecer un lenguaje comprensible tanto para los familiares como para el paciente, tomando en cuenta su edad, desarrollo y las características de su personalidad, con el fin de propiciar un ambiente de confianza y disminuir el temor.

Lo ideal es que antes del examen físico, el paciente reciba preparación por parte del equipo de salud mental y al realizarlo este debe ser ordenado por zonas, iniciando por las zonas extra-genitales (extremidades, abdomen, tórax, cuello, faringe, cavidad bucal); el área para-genital (glúteos y muslos) y por último siempre dejar el área genital y anal.<sup>23</sup>

En cuanto a la posición que se recomienda, depende de la edad y sexo del paciente. Para las víctimas prepúberes se utiliza la posición supina con las piernas en abducción, también llamada "posición de rana" o bien la clásica posición genupectoral para mejor visualización, al igual que en los niños mayores. En el caso de los varones se debe iniciar en posición supina con el objetivo de valorar el pene, los testículos, el escroto y el periné. Para la exploración anal se recomienda la posición en decúbito lateral / genupectoral. En caso necesario se puede solicitar la ayuda del familiar.<sup>24</sup> En el caso del abuso sexual crónico, es frecuente que no exista alteración al examen físico, esto debido a que el tocamiento no produce lesiones físicas usualmente o ya han pasado varios meses o años de una penetración vaginal o anal. Claro está, que la ausencia de lesiones no descarta el abuso sexual.<sup>27-30</sup>

Los hallazgos encontrados se deben describir detalladamente, idealmente con dibujos y utilizando la convención internacional para descripción de lesiones "manecillas del reloj", la uretra tomará la posición de las 12 horas y la región anal las 6 horas.<sup>30</sup>

## 3. Exámenes de laboratorio y profilaxis antimicrobiana.

Nuevamente el momento y tipo de agresión determinan en gran medida el proceder en este aspecto. En los casos de abuso sexual crónico es bajo el porcentaje de víctimas que adquieren ITS, de hecho, no se encuentra dentro de los protocolos el tomar muestras para estudios de laboratorio de manera rutinaria, sin embargo se debe descartar siempre que haya sospecha o bien el agresor sea conocido portador de algún de ellas o pertenezca a una población de riesgo (homosexuales, ex convictos, prostitutas, etc.)<sup>4, 6</sup> En los menores de 2 años siempre es recomendable descartar infecciones perinatales.<sup>4, 6</sup>



#### 4. Evaluación psicológica y psiquiátrica.<sup>31</sup>

Es importante que se realice tanto en el niño o niña afectada como en quien solicita la atención inicialmente. De nuevo, debe ser realizada por un equipo interdisciplinario, deseablemente un médico y un psicólogo; posteriormente las preguntas se harán con el objetivo de recabar la mayor cantidad de información posible sobre la psicodinamia familiar y la relación de esta con el factor desencadenante de los eventos abusivos. La valoración del menor girará en torno a su edad y disposición. Se necesita generar confianza para lograr una conversación provechosa. Un caso especial es el de incesto, en la cual la relación entre el agresor y la víctima podría tener más significado para el paciente y su familia y según sea el caso, así se debe enfocar las diferentes acciones.

#### 5. Integración del diagnóstico.

El diagnóstico, si bien no es sencillo, se logra sumando el análisis de la historia sobre lo sucedido, el testimonio, la presencia de indicadores de comportamiento, la evaluación psicológica de las partes y la exploración física de la víctima.<sup>4,6</sup> En los casos en los que solo hubo tocamiento o incluso penetración pero que haya pasado un tiempo considerable (meses o años), se debe considerar que la mucosa vaginal y anal generalmente sana si dejar estigma de trauma en semanas. En este último caso el análisis de la versión del paciente, la familia y la evaluación psicológica recobran mayor peso en el establecimiento del diagnóstico. Algunos centros se rigen bajo ciertos parámetros específicos para hacer el diagnóstico, a continuación una recopilación de algunos de ellos en el cuadro 2.<sup>32</sup>

**Cuadro 2:** Integración del diagnóstico en casos de abuso sexual infantil.

<b>Abuso sexual Definitivo</b>	Episodios de abuso sexual presenciado por un testigo o evidenciadas mediante fotografías o videos. Presencia de esperma o líquido seminal en el cuerpo del niño o niña. Lesión física evidente de penetración vaginal y/o anal en ausencia de accidente. Cultivos positivos por <i>N. gonorrhoeae</i> o serologías positivas para sífilis en niños mayores a dos años.
<b>Abuso sexual Probable</b>	Versión clara, detallada y consistente del niño sobre el evento con o sin hallazgos emocionales o físicos. Hallazgos sugestivos de abuso sexual a la exploración genito-anal. Sin historia de trauma accidental. Cultivos positivos por <i>T. vaginalis</i> o <i>C. trachomatis</i> . En menores de dos años se debe descartar la transmisión perinatal.
<b>Abuso sexual Posible</b>	El menor refiere datos de abuso sexual, más la versión no es consistente o detallada. Alteraciones de la conducta Lesiones físicas sugestivas a la exploración o condilomatosis o herpes genital. (investigar otras vías de transmisión)
<b>Sin evidencia de abuso sexual</b>	Menor con factores de riesgo para agresión sexual sin alteración conductual. Exploración física normal o hallazgos inespecíficos. No hay historia o versión de abuso sexual.

Fuente: Joice AA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse J Pediatr Adolesc Gynecol 2004;17:191-7.

Al tratarse de un caso de abuso sexual infantil siempre es de utilidad para el abordaje analizar las diferencias entre un evento agudo y un caso de abuso crónico. (Cuadro 3).



## 6. Denuncia <sup>33</sup>

A la hora de realizar la denuncia es necesario valorar el tipo de agresión. Si fue una violación, hay que evidenciar, con el estudio forense pertinente, el contacto vaginal, anal o bucal. En el caso del abuso sexual por tocamiento se evidencia con el veredicto del equipo interdisciplinario a cargo del caso tras el análisis de la información. En cualquier caso es fundamental preparar al menor y su familia para el proceso legal, con el fin de evitar la revictimización.

Cuando por protocolo se debe referir al menor a otra institución, lo ideal es hacerlo de forma personalizada, comentado el caso y asegurando un seguimiento adecuado por parte del equipo de trabajo social, con el fin de asistir, orientar y apoyar a la familia en el proceso administrativo o legal.

Cuando existen lesiones físicas graves o una afeción emocional importante o bien la seguridad del menor se vea comprometida por las condiciones sociales o familiares, está indicada la hospitalización.

**Cuadro 3.** Comparación entre abuso sexual agudo y crónico, en el contexto del paciente pediátrico.

Abuso sexual agudo (violación)	Abuso sexual crónico
- Evento agudo, generalmente por desconocidos	- Usualmente han pasado semanas, meses o años. Las agresiones se repiten con cierta frecuencia. Generalmente familiares o conocidos.
- El tipo de agresión más frecuente: penetración vaginal, anal u oral.	- Los tocamientos o exhibicionismo son los tipos más frecuentes.
- Es frecuente la agresión física	- El engaño, la seducción, las amenazas son las estrategias más utilizadas.
- Siempre se toman muestras de secreciones orales y/o anogenitales para cultivo y búsqueda de espermatozoides.	- La toma de muestras no siempre es necesaria y deberá individualizarse en cada caso de acuerdo a criterios establecidos.
- Administrar esquema profiláctico antimicrobiano contra ITS.	- No se administra profilaxis de manera rutinaria, se evalúa según el caso.
- En mujeres es necesario administrar anticoncepción de urgencia.	- Valorar la administración de anticoncepción de urgencia según tipo de agresión y tiempo transcurrido.

Fuente: Volnovich RJ. Abuso Sexual en la Infancia. 2a Ed. Buenos Aires-México: Grupo Editorial Lumen Hvmantitas; 2002.

## Pronóstico

Los trastornos psicológicos son los más prevalentes (80%) en las víctimas de abuso sexual en cualquiera de sus variantes, y estos con diferentes intensidades dependiendo del grado de culpabilidad que los padres o cuidadores hayan creado en el menor, del apoyo familiar con el que cuenten así como de las estrategias que se le proporcionen a la víctima para enfrentar el problema. La edad del menor también cumple un papel importante en el proceso, los más pequeños tienen herramientas psicológicas más limitadas, usualmente niegan lo ocurrido. En los chicos de edad escolar con más frecuencia, se encuentran los sentimientos de culpa y vergüenza ante el evento y en las adolescentes se agrega el riesgo de un embarazo no deseado.<sup>25-30</sup>

Las consecuencias a largo plazo se manifiestan en aproximadamente el 30% de los agredidos. Desde el punto de vista traumático, hay algunos factores que generan mayor afectación a largo plazo, por ejemplo, la frecuencia y duración de las agresiones, cuando hubo penetración, el parentesco familiar con el agresor y las consecuencias negativas que



derivaron de la revelación de los eventos (perdida de integridad familiar, falta de credibilidad en su testimonio o daño de las relaciones familiares, sobre todo con su madre).<sup>34</sup>

Algunos estudios apoyan la idea de que cerca de un 25% de los niños que fueron víctima de abuso sexual, se convertirán en agresores en su edad adulta.<sup>34</sup>

Los factores predictores de mal pronóstico son: Falta de apoyo familiar, principalmente de la madre del menor, cuando el testimonio no es considerado cierto por sus familiares, cuando el abuso lo efectúa una persona con un vínculo significativo, aquellos eventos que involucran agresión física o emocional tal como amenazas de daño o muerte, edad de la víctima (a mayor edad, la experiencia se considera más traumática) dada la conciencia sobre el suceso, cuando la interacción sexual es más elaborada e involucra coito anal y/o bucal y cuando la agresiones se han prolongado por mucho tiempo, por ejemplo años.<sup>34</sup>

No todos los individuos presentan las mismas reacciones frente a una agresión sexual, el impacto emocional está modulado por 4 variables: 1. El perfil intrínseco de la víctima (estabilidad emocional, edad, sexo, constitución familiar, etc.) 2. Las características propias del abuso (frecuencia, nivel de violencia, severidad, amenazas o cronicidad). 3. La relación existente entre el abusador y el abusado y 4. Las consecuencias asociadas al descubrimiento de la agresión (apoyo familiar o desintegración).<sup>35</sup>

Uno de los principales retos en el abordaje de este tipo de pacientes es lograr fomentar los factores protectores y reducir al máximo los de mal pronóstico para poder asegurar, con buenas decisiones y el tratamiento óptimo, la mejor recuperación posible, tanto física como emocional al menor víctima de abuso sexual.

## BIBLIOGRAFIA

1. McMenemy, M. C. (1999). Who recognizes child abuse as a major problem. *Lancet*, 353, 1340.
2. Loredó, A. (2004). *Diversas formas de maltrato infanto-juvenil*. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Textos Mexicanos, 17-27.
3. López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. & Fuertes, F. (1995). Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1039-50.
4. American Academy of Pediatrics. (1999). Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. *Subject Review. Pediatrics*, 3, 186-90.
5. Perea, A., Loredó, A., Monroy, A. y Güicho, A. (2004). *El abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante*. En: Loredó-Abdalá editor. Maltrato en Niños y adolescentes. México: Textos Mexicanos. 75-102.
6. Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics*, 116, 506-12.
7. Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 17, 67-70.
8. Finkerhor, D. (2005). Las experiencias descritas En: David Finkerhor. Abuso Sexual al Menor. México: Pax. 79-105.



9. Duncan, P., Dixon, R. R. & Carlson, J. (2003). Childhood and adolescent sexuality. *Pediatr Clin N Am*, 50, 765-80.
10. Cantón, J. & Cortés, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid, España: Pirámide.
11. Finkelhor, D., Ormord, R. & Turner, H. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive national survey. *Child Maltreat*, 10, 5-25.
12. Theriault, C., Cyr, M. & Wrygth, J. (2003). Contextual factors associated with the symptoms of teenagers victims of intrafamilial sexual aggression. *Child Abuse Neglect*, 27, 1291-309.
13. Geneva World Health Organization. (2006). *WHO Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children*. Background Paper to the UN Secretary General's Study on Violence Against Children. [http://www.unicef.org/costarica/201507\\_Roster\\_Mov\\_For\\_SLP.pdf](http://www.unicef.org/costarica/201507_Roster_Mov_For_SLP.pdf)
14. Hanson, K. & Gizzarelli, R. (1994). The Attitudes of Incest Offenders. *Crim Just Beh*, 21, 187-202.
15. Massat, C., Rippey, C. & Lunndy, M. (1999). Service and support needs of non-offending parents in cases of intrafamilial sexual abuse. *J Child Sex Abuse*, 8, 41-56.
16. Gold, S. N., Hyman, S. M. & Hyman, R. C. (2004). Family of origin environments in two clinical samples of survivors of intra-familial, extra-familial, and both types of sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 28, 1199-212.
17. Baren, J. M. (2006). Ethical dilemmas in the care of minors in the emergency department. *Emerg Med Clin N Am*, 24, 619-31.
18. Carol, L. & Blackwood, M. (2005). Sexual assault. *Clin Fam Pract*, 7, 139-52.
19. Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O. & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*, 26, 645.
20. Edgarh, K. & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-oldboys and girls. *Act Paediatr*, 88, 310-9.
21. Cantón, J. y Cortés, M. R. (2001). *Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil*. En: VE. Caballo y MA. Simón (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. España: Pirámide, 293-321.
22. Lahotis, S., McClain, N., Gilrardet, R., Mcnesse, M. & Cheung, K. (2001). Evaluating the Child for Sexual Abuse. *Am Fam Physician*, 63, 883-92.
23. American Academy of Pediatrics and Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116, 506-12.
24. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95, 314-7.
25. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. (2003). Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics*, 111, 703-6.



26. Finkerhor, D. (2005). *Antecedentes sociales de niños que han sido victimizados sexualmente*. En: David Finkerhor. *Abuso Sexual al Menor*. México: Pax. 155- 66.
27. Kim, H. S. (2005). Incestuous experience among Korean adolescents: Prevalence, family problems, perceived family dynamics, and psychological characteristics. *Public Health Nurs*, 22, 472-82.
28. Joice, A. A. (2004). Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 17, 191-7.
29. Adams, J. A., Harper, K., Knudson, S. & Revilla, J. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 94, 310-7.
30. Lamb, M. E. (1994). The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse Neglect*, 18, 1021-28.
31. Volnovich, R. J. (2002). *Abuso Sexual en la Infancia*, (2º ed). México: Lumen Hvmánitas.
32. Krugman, R. D. & Bross, D. C. (2002). Medicolegal aspects of child abuse. *Neurosurg Clin North Am*, 13, 243-6.
33. Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso Sexual en Niños*. España: Paidós.
34. Cantón, J. y Cortés, M. R. Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En: Caballo VE, Simón MA (Eds.). *Manual de Psicología Clínica Inf*