

REVISIÓN DE CONJUNTO

Abusos sexuales en niñas y adolescentes. Consideraciones medicolegales

J.L. Gallo^a y M.V. Padilla^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España. ^bEscuela de Práctica Jurídica. Granada. España.

ABSTRACT

Sexual abuse affects 23% of girls in Spain, although only 7% of this abuse comes to public light. All health professionals should be trained to appropriately interview and examine prepuberal and adolescent girls that may have experienced sexual abuse. Thorough history-taking and physical examination (general and gynecologic) are essential to this task. Relevant factors are hymenal findings, as well as other anogenital signs suggestive of sexual abuse. Nevertheless, normal findings on genital examination do not rule out the possibility of sexual abuse.

Prevention of sexually-transmitted diseases and pregnancy is also highly important, as is completion of the mandatory medical report.

Finally, we describe current legislation, which allows the physician to be aware of the biological features of interest to the forensic physician, thus guiding the collection of medical evidence to be used in the resolution of these serious medical problems, which have juridical-penal repercussions.

DEFINICIÓN

Los abusos sexuales a menores aparecen como un fenómeno común, en gran parte desconocido, negado por las víctimas y, en consecuencia, insuficientemente tratado¹.

Los abusos sexuales en la infancia se definen como cualquier contacto o interacción entre un niño y otra persona –en el 98% de los casos, un adulto varón–, que explote sexualmente al niño en su propio prove-

cho². La Academia Americana de Pediatría³ los define como el acto de «comprometer a un niño a actividades sexuales que no comprende, para las que el niño no está mentalmente desarrollado y no ha dado su consentimiento y que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad». Los abusos sexuales abarcan un amplio espectro de actividades e incluyen caricias y tocamientos, exhibicionismo, pornografía, y penetración vaginal, oral o anal⁴.

Los abusos sexuales a menores constituyen una auténtica preocupación universal. Es un persistente y grave problema que, dependiendo de la población estudiada y de la definición usada, afecta a un 2-62% de las mujeres y a un 3-10% de los varones. El dolor y las lesiones a consecuencia de los abusos pueden sanar completamente, pero las consecuencias psicológicas y médicas pueden persistir en la edad adulta.

Hay dificultades particulares para definir el abuso sexual cuando se valora a adolescentes, debido a que la edad legal para la actividad sexual consensual varía de un lugar a otro. Incluso la actividad sexual consensual entre una menor y un adulto se considera abuso sexual, debido a la suposición de que las adolescentes son incapaces, por su grado de desarrollo, de dar un consentimiento informado y, por lo tanto, son objeto de coerción. En definitiva, siempre que haya coerción o asimetría de edad las conductas sexuales se deben considerar abusivas⁵.

Cualquier que sean las definiciones legales, la intervención y el tratamiento médico siempre han de procurar lo mejor en beneficio de la víctima.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

El 23% de las niñas y el 15% de los niños sufren abusos sexuales en España antes de los 17 años, según el estudio Abuso Sexual Infantil, realizado por la Fundación Cooperación y Educación (Funcoe) y pre-

Artículo aceptado el 22 de marzo de 2005.

sentado en Valencia en junio de 1998⁶. Las cifras son similares a las del resto de los países europeos, Estados Unidos y Canadá. Los abusos se producen en todas las capas sociales, aunque son más frecuentes en las ciudades y en hogares hacinados. El informe expone que las niñas sufren de una y media a 3 veces más abusos que los niños. El abuso sexual incluye desde conductas sexuales sin contacto físico, como el exhibicionismo, hasta conductas violentas como el coito anal o vaginal.

Estudios diversos^{7,8} refieren que el 40% de los abusadores son miembros de la familia, otro 40% son familiares de segundo o tercer grado o amigos de la familia, y sólo un 20% de los perpetradores de abusos sexuales son desconocidos para la niña víctima de los mismos. Cada vez más los abusos son cometidos por jóvenes y adolescentes, debido a factores como el abuso de alcohol.

En cuanto a la reacción de las víctimas, se observan comportamientos diferentes. Mientras que en un 35,71% de los casos los niños se resisten continuamente, hay un 4,17% que ofrece poca resistencia al principio, un 15,77% que reacciona con pasividad, un 33% que inicialmente no reacciona y luego se resiste, o incluso un 10,12% que colabora desde el principio⁹.

Dicho informe⁶ indica también que un 30% de las víctimas de abusos opta por no contárselo a nadie «porque teme la reacción de los demás, por sentimientos de culpabilidad o de vergüenza». La mitad de los menores que han sufrido abusos eligen a un amigo como confidente y un 20% prefiere a su madre.

Dado que solamente un 7% de los abusos sexuales infantiles salen a la luz pública, generalmente a través de denuncias, es evidente que muchos de los casos pasan desapercibidos por las consultas y urgencias de cualquier hospital.

VALORACIÓN MÉDICA: INDICACIONES

Los profesionales de la salud han de estar capacitados para entrevistar y examinar de manera apropiada a las niñas y adolescentes que sean probables víctimas de tales abusos; deben, pues, conocer las manifestaciones y consecuencias de los abusos sexuales, y estar familiarizados con la anatomía, normal y anormal, genital y anal de la menor⁹; además, deben conocer los requerimientos e implicaciones legales. Las indicaciones más comunes para este tipo de valoración son:

- Que la víctima declare que sufrió abuso sexual.
- Síntomas clínicos que puedan deberse al abuso sexual, como irritación y sangrado rectales o genitales.

- Signos (físicos o de laboratorio) de alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS).
- Cambios conductuales que indiquen la probabilidad de abuso sexual.

CLASIFICACIÓN

No todos los abusos sexuales se atienden de manera aguda. Así, según el tiempo transcurrido desde el abuso hasta la consulta, se clasifican en²:

1. Agudos:

- Evaluados inmediatamente tras el abuso sexual. Éste ha ocurrido hace menos de 24 h.
- Es necesario recoger pruebas forenses.
- Con frecuencia se evidencia sangrado vaginal y laceraciones genitales.

2. Subagudos:

- Evaluados al menos 72 h tras el abuso. Éste ha ocurrido entre 3 y 7 días antes.
- Se puede evidenciar disuria y laceraciones genitales menores.

3. No agudos:

- Evaluados pasados al menos 7 días.
- La víctima se encuentra ahora en situación segura.
- No se evidencian daños o síntomas físicos.
- Es obligada la interconsulta ginecológica y descartar ETS.

Todas las lesiones agudas, es decir, las que han sucedido en las últimas 72 h, deben ser atendidas en el hospital. Sin embargo, cuando el abuso ha sucedido hace más de 72 h y las lesiones físicas, si hay, son de poca gravedad, se podrá atender en el centro de salud¹⁰.

HISTORIA CLÍNICA

Ante la sospecha de abusos sexuales, como norma general, debe abrirse una historia general (si no la tiene) y una historia especial de agresión sexual, en la que deben incluirse las respuestas a una serie de preguntas concretas:

A. Conductas anómalas:

- Temores, ansiedad, preocupación...
- Quejas somáticas (cefaleas, abdominalgias...).
- Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia).
- Muy pobre rendimiento escolar, dificultad en la concentración.
- Retraimiento social. Irritabilidad, malhumor, baja autoestima, depresión, ideas suicidas.

B. Síntomas físicos¹¹:

- Sangrado, dolor, inflamación o flujo vaginal o rectal.
- Enuresis y/o encopresis.
- Síntomas del tracto urinario: infecciones.

Ante la presencia de lesiones genitales (bien por abusos, bien de forma accidental), sin duda alguna la historia clínica es el factor más importante para determinar la etiología de dichas lesiones, más que cualquier hallazgo encontrado en el examen físico. Cada vez más se encuentran unos exámenes físicos normales en las víctimas de abusos sexuales, por lo que la historia clínica adquiere una importancia capital¹².

Desde el punto de vista de la menor, lo más importante es saber si hay o no daño permanente, que sanará físicamente y que la agresión no fue por su culpa. Es de vital importancia evitar reacciones y juicios y hacer preguntas no inductivas, anotando las respuestas de la niña con gran cuidado, tratando de reproducir sus palabras siempre que sea posible.

La historia clínica debe comprender:

- Lugar de vivienda (rural, ciudad, suburbio), con quién convive, número de hermanos, historia familiar de agresión sexual.
- Antecedentes personales: historia menstrual pomenorizada, relaciones sexuales y desde cuándo, último coito, anticoncepción, nivel cultural, consultas ginecológicas previas.
- Anamnesis: descripción detallada de los hechos.
- Exploración: general y ginecológica.
- Examen de laboratorio.
- Tratamiento: indicando si se hizo profilaxis de ETS y de embarazo.

EXAMEN MÉDICO

Consideraciones previas:

– Antes de realizar la exploración, avisar al juzgado de guardia para que venga el médico forense y realice la exploración al mismo tiempo. Debido a que un 96% de las chicas exploradas por sospecha de abusos sexuales presentan un examen genital y anal normal¹³, adquiere capital importancia la presencia de un profesional forense en la exploración y entrevista.

– El médico debe limitarse a señalar la presencia de lesiones. Corresponde al juez la tipificación del delito y el mecanismo de producción.

– Toda la historia y la exploración deben hacerse en presencia de un adulto (familiar o acompañante) que

la niña seleccione, aunque también se le debe dar la opción de que sólo haya personal médico.

– Explicación detallada de las exploraciones que se van a realizar y su finalidad para que colabore.

– Es más importante el bienestar de la paciente y el tratamiento que la recogida de datos y pruebas. Tanto el médico como el resto del personal sanitario darán un trato comprensivo, dando sensación de apoyo y seguridad; el examen de la menor y adolescente víctimas de un abuso sexual debe, pues, realizarse de tal manera que se minimicen el dolor y el trauma: «el examen físico no debe convertirse en otro asalto».

El objetivo principal del examen médico es valorar y tratar los problemas ocasionados por el supuesto abuso, amén de asegurar a la víctima que no ha habido daño permanente.

Exploración general

- Aspecto físico general.
- Semblante de la paciente, así como su comportamiento.
- Toma de constantes vitales, peso y estadio pubebral (Tanner).
- Presencia o ausencia de marcas en los vestidos.
- Buscar en todo el cuerpo marcas de violencia.
- Determinar si las áreas que han sido asaltadas presentan dolorimiento o algún tipo de sensibilidad.
- Preguntar a la víctima de la manera más explícita en qué sitio hubo contacto genital.

Exploración ginecológica

1. Exploración mamaria.
2. Exploración genital. Ésta debe realizarse por médicos experimentados, usando, si es posible, colposcopio y documentando los hallazgos con imágenes fotográficas. La exploración se realizará en mesa ginecológica en niñas mayores y, en el caso de niñas pequeñas, en supino y en posición de «piernas de rana» o en posición «prono de rodillas», apoyándose en los codos. Se observará:

– Aspecto del himen y estructuras perihimiales, así como también los labios menores, labios mayores, fosa navicular y horquilla posterior. En niñas y adolescentes, por lo regular, las lesiones por abuso sexual se localizan en el área posterior del periné, fosa navicular y en la zona comprendida en posiciones de las 3 y las 9 en el himen.

Las características himenales son determinantes, por lo que es fundamental observarlo con claridad; el

borde del himen se puede levantar con una torunda pequeña (que también sirve para obtener una muestra vaginal para cultivo) para observarlo con claridad. Las lesiones del himen posterior sin daño a las estructuras circundantes¹⁴ y el desgarro completo de esta membrana entre las 3 y las 9¹⁵ son signos de un traumatismo penetrante, tal como el que ocurre cuando se intenta el coito vaginal. Además, a menudo se considera que el engrosamiento de los bordes himenales y el adelgazamiento de esta membrana a < 1 mm son signos de cicatrización de una lesión penetrante.

– El *llichen escleroso* debe ser tenido en cuenta en el estudio de niñas premenárgicas con vulvovaginitis y con sospecha de abusos sexuales. Erosiones, púrpura y ampollas hemorrágicas, lesiones típicas del lichen escleroso, pueden dar la impresión de que la niña ha sido sometida a un traumatismo genital e inducir a un error de diagnóstico de traumatismo genital por abuso sexual¹⁶. Ayuda al diagnóstico preciso la meticulosa valoración del himen (el himen no se afecta por el lichen escleroso).

3. Examen de la zona anal. Siempre debe formar parte de la valoración para detectar abuso sexual. Una valoración completa incluye la descripción del tono anal, pliegues rectales, cicatrices perianales e información referente al tiempo que dura la extensión de la dilatación del esfínter interno, con o sin materia fecal en la cavidad rectal. La presencia de edema en la región anal, así como las fisuras estrelladas anales son lesiones específicas de abuso sexual.

A continuación, se resumen los conceptos actuales acerca de los signos anogenitales y sus relaciones con el abuso sexual^{15,17}:

A. Signos contundentes:

- Presencia de esperma.
- Gonorrea o sífilis no neonatal.
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no connatal.
- Embarazo (contra la voluntad).
- Lesiones anogenitales agudas no explicadas.
- Traumatismo himenal aislado.
- Transecciones himenales («himen roto») no explicadas, cicatrizadas y agudas.

B. Signos casi evidentes:

- Clamidias, tricomonas, condilomas... no adquiridos en el período neonatal.
- Herpes anogenital no transmitido en el período neonatal.
- Desgarramiento del himen.
- Cicatrices o marcas anales fuera de la línea media.
- Dilatación anal > 15 mm en 30 s (sin materia fecal en el recto).

C. Signos de posibilidad:

- Vaginitis inespecífica.
- Asimetría del himen.
- Lesiones no explicadas de la horquilla posterior.
- Menor grosor de los pliegues anales.
- Adherencias labiales.

Actualmente, hay que reconocer que hallazgos que fueron informados como anormales en estudios tempranos (diámetro himenal ampliado, estrechamiento del borde himenal, fisuras en el borde posterior del himen, eritema, etc.), ahora se consideran como no específicos. Hay que reconocer que muchas de las víctimas de abusos sexuales presentan una exploración normal, y el énfasis en recuperar evidencias físicas en casos de abusos sexuales a menores ha disminuido¹². Los investigadores continúan aportando que la historia procedente de la chica reporta más información. En casos de penetración genital, el examen ginecológico puede aportar datos evidentes, pero también puede ser normal o no específico; hay que enfatizar, pues, que *un examen genital normal nunca descarta la posibilidad de un abuso sexual*^{18,19}.

– Toma de muestras: frescos, citología, cultivos, test de embarazo, serologías, etc. No obstante, si está presente el médico forense, él puede decidir qué muestras se toman y dónde enviarlas.

Enfermedades de transmisión sexual

En caso de abuso sexual, hay situaciones que presentan alto riesgo para la adquisición de una ETS y son indicativas de una exploración clínica²⁰:

- Que el agresor sospechoso tenga una ETS o sea de alto riesgo para tenerla.
- Que la menor presente síntomas o signos de ETS o una infección que pueda ser adquirida sexualmente.
- Que la prevalencia de ETS en la comunidad sea alta.

Siempre que se atienda a una menor que presente una ETS, se le debe preguntar si sufrió abuso sexual. Es opinión general que es necesario practicar estudios para detectar ETS a todas las menores que supuestamente fueron víctimas de abuso sexual:

- Exploración física para detectar condilomas acuminados o lesiones ulcerativas.
- Tomar muestras de recto, boca, vagina y uretra para cultivos.
- Estudios serológicos (sífilis, hepatitis B, VIH).

El tratamiento de las enfermedades venéreas en menores valoradas por abuso sexual difiere de la terapéutica para adultos:

– Las prepúberes no reciben tratamiento profiláctico, pues éstas presentan un riesgo muy bajo de tener una infección ascendente, sino por resultados de cultivos específicos.

– En las adolescentes, es más común emplear tratamiento profiláctico, debido a las posibles complicaciones por infecciones ascendentes. Las recomendaciones actuales¹⁷ para el tratamiento de estas adolescentes son 125 mg de ceftriaxona intramuscular, más 100 mg de doxiciclina por vía oral 2 veces/día durante 7 días, y 2 g de metronidazol por vía oral en una sola dosis.

Cuando se diagnostique una ETS en una menor, deberá buscarse la persona infectante, sobre todo entre cuidadores y familiares; asimismo, deberá efectuarse siempre un control y seguimiento de curación, que protegerá a la menor de posteriores abusos sexuales²¹.

Por otro lado, el hecho de no encontrar ninguna ETS no implica que se descarte la existencia de un abuso sexual. Según la American Academy of Pediatrics (AAP)³, dependiendo de la infección que se encuentre se podrá determinar la probabilidad de que se haya producido un abuso sexual. Así:

– Es altamente probable que haya ocurrido cuando se esté ante una menor con condilomas acuminados, herpes genital tipo I y tricomoniasis.

– Es posible si la menor presenta un herpes genital tipo II, dudoso si tiene vaginosis bacteriana, bastante improbable si la paciente presenta una infección por *Candida albicans* y cierto si hay sífilis o gonococia.

Prevención de embarazo

Las niñas premenárgicas obviamente no requieren tratamiento de prevención de embarazo, así como las adolescentes mayores que usan un método de anticoncepción confiable. A otras víctimas que se encuentran en riesgo de concebir, se debe ofrecer anticoncepción poscoital mediante la administración de levonorgestrel (Norlevo®, Postinor®), 1,5 mg en dosis única o fraccionado en 2 dosis, de 0,75 mg cada una, con un intervalo de 12 h.

Parte de lesiones

Su cumplimentación es obligatoria en todos los casos, y debe incluir la siguiente información:

– Lugar, fecha y hora de la asistencia. Datos de filiación de la víctima.

– Resumen de la historia clínica: descripción de las lesiones observadas, presencia de lesiones con diferentes datas, así como del estado emocional y la relación de pruebas complementarias realizadas y/o solicitadas.

– Valoración y avance de un posible pronóstico.

– Relato y transcripción de los hechos.

– Tratamientos aplicados.

– Otros datos y antecedentes recabados que se consideren de interés.

– Facultativo que lo emite (nombre y número de colegiado) y firma.

Es importante recordar que el fin último de todo informe médico-pericial en esta materia es colaborar con los jueces y tribunales encargados de la instrucción y posterior enjuiciamiento de los hechos.

ASPECTOS LEGALES

Como señalan Castellà et al²², el estudio de la legislación permite al médico conocer los aspectos biológicos de interés para el legista y así orientar la labor pericial en la resolución de las cuestiones concretas de interés médico y repercusión jurídico-penal.

Los delitos contra la libertad sexual se encuentran tipificados en el Título VIII del Código Penal vigente en sus artículos 181, 182 y 183²³.

En relación con los abusos sexuales, el artículo 181 dispone:

1. El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realzare actos que atenten contra la libertad sexual de otra persona, será castigado como culpable de abuso sexual con la pena de multa de 12 a 24 meses.

2. En todo caso, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten:

1.º. Sobre menores de 12 años.

2.º. Sobre personas que se hallen privadas de sentido o abusando de su trastorno mental.

En estos casos, se impondrá la pena de prisión de 6 meses a 2 años

3.º. Cuando el consentimiento se obtenga previéndose el culpable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima, se impondrá la pena de multa de 6 a 12 meses.

Según el artículo 182:

Cuando el abuso sexual consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la

pena será de prisión de 4 a 10 años en los casos de falta de consentimiento, y de 1 a 6 años en los de abuso de superioridad.

Las penas señaladas en el párrafo anterior se impondrán en su mitad superior en cualquiera de los casos siguientes:

1.º. *Cuando el delito se cometiera prevaliéndose de su relación de parentesco, por ascendente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, de la víctima.*

2.º. *Cuando la víctima sea persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación.*

Por último, el artículo 183 dispone:

El que interviniendo engaño, cometiere abuso sexual con persona mayor de 12 años y menor de 16, será castigado con la pena de multa de 12 a 24 meses.

Cuando el abuso consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de 6 meses a 3 años.

Conocida es la jurisprudencia que, en orden a este tipo de delitos, tiene declarado que es suficiente la declaración creíble de sólo una persona para formar convicción que pueda destruir la presunción de inocencia, enumerando 3 requisitos o condiciones para la eficacia probatoria del testimonio de la víctima:

– Ausencia de incredibilidad subjetiva, derivada de unas previas relaciones inamistosas o que puedan generar resentimiento, de modo que la verdad de lo declarado pueda estar cuestionada por esa enemistad.

– Que existan otros datos, preferentemente objetivos, que corroboren lo declarado por la víctima. El testimonio debe estar rodeado de otras corroboraciones periféricas de carácter objetivo que lo doten de aptitud probatoria, de manera que el propio hecho de la existencia del delito esté apoyado en algún dato añadido a la pura manifestación subjetiva, cuestión por la que en prácticamente la generalidad de los casos ha de contarse con el informe de los/as psicólogos/as forenses esclarecedor en estos supuestos, ya que en la mayoría pueden no concurrir otros datos objetivos o huellas de la comisión del delito que por su propia naturaleza no dejan.

– Reiteración y persistencia en la declaración, que la haga firme, sin ambigüedades ni contradicciones.

Asimismo, es reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo que admite la aplicación del delito continuado (lo que influye en última instancia en la pena que haya de imponerse al autor de los hechos) en supuestos de reiteración de abusos entre los mismos sujetos, activo y pasivo, prevaliéndose el primero de una misma relación o situación sobre el segundo, ya que los sucesivos abusos corresponden a un único propósito dirigido al mantenimiento en el tiempo de una situación que se proyecta en la continuidad y repetición de actos de similar naturaleza. Por tanto, si del relato fáctico surgen una homogeneidad de actos que responden a un único plan del autor, difícilmente aislables unos de otros, cuyo fin se trata de conseguir a través de esa progresión de actos, se está construyendo la unidad subjetiva y objetiva que jurídicamente se realiza a través de la continuidad delictiva.

(Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2000 y 11 de febrero de 2003, entre otras).

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

En el campo de la psiquiatría, se tiene sólida evidencia de la conexión real que hay entre el abuso sexual de la niñez y ciertos trastornos emocionales graves en la edad adulta. Estas dolencias incluyen¹⁷:

- Signos de depresión, ansiedad.
- Comportamientos autodestructivos.
- Trastornos alimentarios.
- Alcoholismo.
- Adicción a las drogas.
- Disfunción sexual.
- Conductas disociativas.

El médico ginecoobstetra debe considerar posibles antecedentes de abuso sexual infantil cuando hace la valoración de pacientes adultas que presentan uno o más de estos síntomas.

PRINCIPALES INDICADORES DE ABUSOS SEXUALES EN MENORES

Son los siguientes²⁴:

1. Indicadores de presunción:

- Informe directo de la víctima.
- Enfermedad de transmisión sexual.
- Embarazo.
- Traumatismo genital o anal.

2. Indicadores de posibilidad:

- Interés sexual inapropiado y excesivo.
- Actividad masturbatoria inapropiada.

<ul style="list-style-type: none">– Inflamación, flujo, sangrado o dolor genital o anal.– Negativa angustiosa a la exploración clínica de la región genital. <p>3. Conductas o síntomas clínicos inespecíficos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) En preescolares:<ul style="list-style-type: none">– Balanceo excesivo que no ocurría antes.– Alteraciones graves del sueño.– Encopresis o enuresis secundarias.– Dolor abdominal o cefaleas.– Cambios conductuales repentinos.b) En edad escolar:<ul style="list-style-type: none">– Disminución brusca del rendimiento académico.– Empieza a hacer «piras» de clase, que antes no hacía.– Histeria de conversión o histeria disociativa.– Ansiedad, depresión o síntomas obsesivos.– Anorexia o bulimia.– Alteraciones graves del sueño.c) En la adolescencia:<ul style="list-style-type: none">– Conducta antisocial repentina.– «Piras» y/o «fugas» de casa que no se producían previamente.– Depresión y baja autoestima de aparición repentina.– Consumo de drogas que no se producía antes.– Intentos de suicidio.– Conducta sexual promiscua.– Anorexia o bulimia.– Preocupación por un posible embarazo.– Cambio repentino de «personalidad». <p>Dado que la mayoría se producen dentro de las mismas familias, cabría añadir los factores de riesgo sociofamiliar relacionados con la incidencia de abusos sexuales. Entre ellos está la marginación, el alcoholismo y las toxicomanías, la existencia de cualquier tipo de maltrato infantil en el paciente o en sus hermanos y, sobre todo, el antecedente parental de haber sido víctima de abusos sexuales en su propia infancia^{25,26}.</p> <p>CONSIDERACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ACERCA DE LA AGRESIÓN SEXUAL, EN GENERAL²⁷</p> <ul style="list-style-type: none">– La agresión sexual se da en cualquier edad, sexo, raza, estado civil, económico o social.– Entre el 30 y el 50% de los casos se produce en los domicilios y, con frecuencia, por familiares o conocidos.– Un 50-70% es premeditado.– Entre el 30 y el 40% se produce bajo efectos de alcohol.	<ul style="list-style-type: none">– Sólo se denuncia del 10 al 25% de los casos, por miedo, vergüenza, deseo de protegerse o evitar el escándalo a la familia.– Corresponde al médico forense la obtención de pruebas medicolegales, la confección de una ficha legal y la protección de pruebas para la policía judicial.– El especialista en ginecología puede ser inestimable para el médico forense, en cuanto le precise el examen y tratamiento inmediato de posibles lesiones físicas, la valoración de embarazo, ETS y toma de muestras del aparato genital.– El informe ginecológico se limitará a consignar «sospecha de agresión sexual» o «denuncia de agresión sexual», sin afirmar o negar la existencia.– El ginecólogo debe informar por escrito con copia archivada.– El informe ginecológico contendrá: declaraciones de la paciente, observaciones del médico, procedimientos efectuados, conformidad escrita para entregar a las autoridades los resultados de muestras e historia clínica, persona a quien se entregan muestras, ropas o fotografías para el forense y juez, nombres de testigos en historia, exploración y entrega de muestras. <h2>RESUMEN</h2> <p>El 23% de las niñas sufren abusos sexuales en España, aunque sólo el 7% de éstos salen a la luz pública. Todos los profesionales de la salud deben de estar capacitados para entrevistar y examinar de manera adecuada a las menores y adolescentes que sean víctimas de dichos abusos, para lo cual es fundamental la elaboración de una correcta historia clínica y un examen clínico adecuado (general y ginecológico), siendo las características himenales determinantes, así como la búsqueda de los demás signos anogenitales sugerentes de abuso sexual. No obstante, hay que enfatizar que un examen genital normal nunca descarta la posibilidad de abusos sexuales.</p> <p>También es muy importante la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo, así como la cumplimentación obligatoria en todos los casos de un parte de lesiones.</p> <p>Finalmente, se incide en el estudio de la legislación vigente, que va a permitir al médico conocer los aspectos biológicos de interés para el legista y así orientar la labor pericial en la resolución de estos graves problemas de interés médico y repercusión jurídico-penal.</p> <h2>BIBLIOGRAFÍA</h2> <ol style="list-style-type: none">1. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. <i>JAMA</i>. 1998;280:1864-5.
---	--

2. Gibbons M, Vincent E. Childhood sexual abuse. *Am Fam Phys.* 1994;49:125-36.
3. Committee on child abuse and neglect American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics.* 1999;103:186-91.
4. Fuller AK. Child molestation and pedophilia. An overview for the physician. *JAMA.* 1989;261:602-6.
5. López-Sánchez F. Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores. Salamanca: Ministerio de Asuntos Sociales/Universidad de Salamanca; 1994.
6. Abuso Sexual Infantil. Valencia: Fundación Cooperación y Educación (FUNCOE); 1998.
7. Rimsza ME, Niggeman EH. Medical evaluation of sexually abused children: a review of 311 cases. *Pediatrics.* 1982;69:8-14.
8. Enos WF, Conrath TB, Byer JC. Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics.* 1986;78:385-98.
9. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet.* 2004;9432:462-70.
10. Rodríguez Pata N, Arribas Blanco JM. Agresiones sexuales. Manejo por el médico de familia (II). Actuación en niños. *Jano.* 1998;1257:45-51.
11. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for non abuse: a descriptive study. *Pediatrics.* 1990;86:428-39.
12. Merritt DF. Vulvar and genital trauma in pediatric and adolescent gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004;16:371-81.
13. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* 2002;26:645-59.
14. Pokornay SF, Pokornay WJ, Kramer W. Acute genital injury in the prepubertal child. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:1461-6.
15. Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Abuse Negl.* 1993;17:91-125.
16. Corredora F, Sánchez S, Cardeñoso L, Teijelo A, Moro J, Sánchez MM, et al. Revisión de conjunto: Líquen escleroso. Líquen escleroso infantil. Sospecha inicial de abuso sexual. *Ciencia Ginecológica.* 1997;1:107-24.
17. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev.* 1996;17:236-49.
18. Muram D, Levitt CJ, Frasier LD, et al. Genital injuries. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16:149-55.
19. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr.* 2003;92:1453-62.
20. Centers for Diseases Control. Guidelines for treatment of sexually transmitted disease. *MMWR.* 1998;47:RR-1.
21. Rodríguez A, De Alba I. Abusos sexuales y enfermedades de transmisión sexual en la infancia. *Piel.* 2000;15:252-5.
22. Castellà J, Giménez-Pérez D, Tortosa JM, Crespo S. Delitos contra la libertad sexual: pautas de actuación de la asistencia clínica inicial. *Clin Inv Gin Obst.* 2000;27,4:134-9.
23. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. BOE n.º 8, 10 de enero de 2000.
24. Jiménez Hernández JL, Gil Antón J, Figuerido-Poulain JL, Gago E, Rodríguez E. Niños traumatizados por abusos sexuales. *Rev Esp Pediatr.* 1997;53:441-6.
25. De Pal Ochotorena J. Malos tratos, negligencia, abandono y otros riesgos psicosociales: algunas cuestiones básicas para la intervención preventiva. *Rev Psiq Inf.* 1991;3:223-30.
26. Sánchez P, Martínez G, Torija A. Abusos sexuales en niños atendidos en el programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares. *Rev Psiq Inf Juv.* 1995;4:229-32.
27. SEGO. Agresión sexual. Protocolos Asistenciales en Ginecología. Protocolo 58; 2003.