

## Abuso sexual de menores

Jordi Vilardell-Molas<sup>a</sup>, Susana Mohíno-Justes<sup>a</sup>, Itziar Idiakez-Alberdi<sup>a</sup>  
y Gabriel Martí-Agustí<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Clínica Médico-Forense. Institut de Medicina Legal de Catalunya.

Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

<sup>b</sup>Psicólogo. Barcelona. España.

A lo largo de la historia los menores han sido víctimas de abandonos, negligencias, maltratos y abusos sexuales por parte de personas adultas. Con el objetivo de frenar e incluso impedir estas situaciones, se han ido creando leyes de protección para los menores y toda una red de profesionales especializados en trabajar con el menor y su entorno para poder hacer frente a estos problemas. A pesar de estas medidas, éstos continúan existiendo, dado que en muchos casos se hace verdaderamente difícil detectar situaciones de riesgo, hecho que complica la realización de un trabajo preventivo que impida su probable aparición.

No debe extrañar que actualmente para la población este problema sea más alarmante y preocupante que tiempo atrás, dado que la rápida divulgación de los sucesos en los medios de comunicación y el elevado impacto social a raíz de una fuerte sensibilidad y concienciación sobre el tema han hecho que se viva de una forma muy directa en nuestra sociedad.

Una vez que se ha producido el presunto abuso sexual de un menor y se ha interpuesto la denuncia pertinente, es evidente que se requiere un estudio detallado de la situación para poder dictaminar si realmente hay claros indicadores de que se ha abusado sexualmente del menor. Por lo tanto, aunque en primer lugar haremos una breve revisión bibliográfica acerca de su definición, incidencia y prevalencia; el objetivo básico de este artículo es analizar los indicadores físicos y psicosociales que acostumbran estar presentes en una situación de esta índole y que se evalúan en la exploración médica, psicológica y en la entrevista con el menor y su familia (fig. 1). Finalmente, nombraremos algunas de las secuelas más características del abuso sexual que podrán interferir en el desarrollo posterior del menor, según fuentes propias y ajenas.

### Definición y tipología

Desde el punto de vista teórico, empírico y de investigación, los autores no utilizan los mismos criterios para englobar a sujetos víctimas de abuso sexual. No obstante, la mayoría de ellos coincide en 2 requisitos básicos para hablar de abuso sexual: la coacción, basada en el uso de la posición de poder del agresor para conseguir un contacto sexual con el menor sin su consentimiento, y la diferencia de edad significativa entre ambas partes, sin que eso implique la mayoría de edad del agresor, la cual limita la libertad de decisión del menor y no permite el establecimiento de una relación en condiciones de igualdad.

Así pues, con relación a lo comentado, exponemos la definición establecida por el National Center on Child Abuse and Neglect de EE.UU. en 1978, que dice: «En los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. También puede cometer el abuso sexual una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o dominio sobre otro menor».

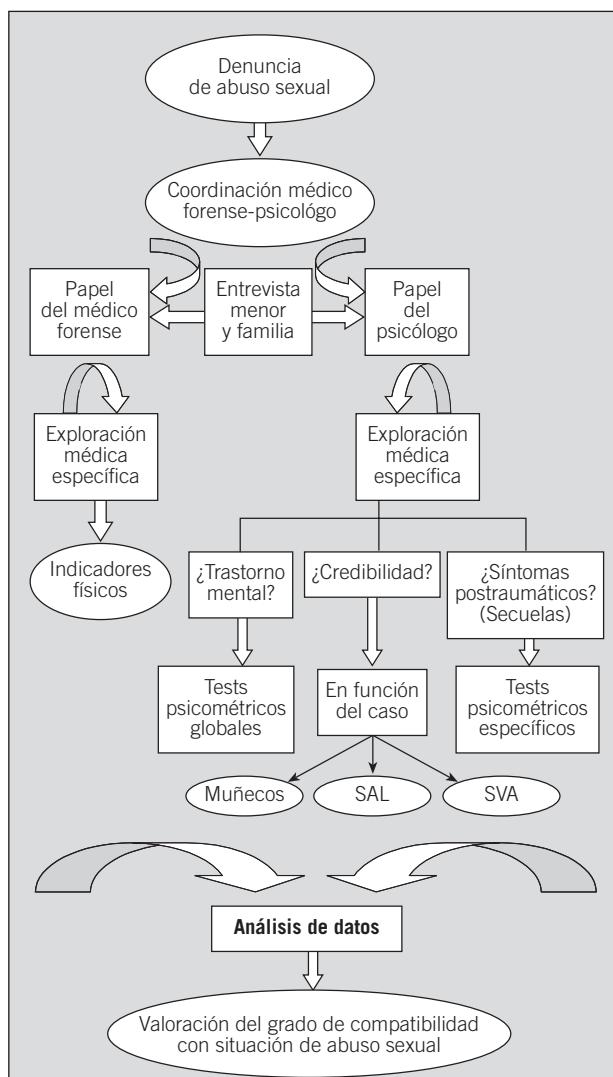


Fig. 1. Exploración forense médico-psicológica del abuso sexual infantil. SVA: State Validity Assessment; SAL: Sex Abuse Legitimacy.

Correspondencia: Dr. J. Vilardell-Molas.  
Servicio de Clínica Médico-Forense. Institut de Medicina Legal de Catalunya.  
Rda. Sant Pere, 35, baixos. 08010 Barcelona. España.  
Correo electrónico: jvilardellmolas@yahoo.es

Recibido el 2-6-2005; aceptado para su publicación el 5-10-2005.

Los abusos sexuales abarcan todo tipo de contactos físicos (oral-genital, genital-genital, genital-anal, mano-genital, mano-anal, mano-región mamaria o caricias) con o sin penetración, con o sin violencia (con uso de fuerza física) o intimidación (sin fuerza física), las conductas de exhibicionismo (exposición de la anatomía sexual del agresor o de la víctima) y la explotación sexual infantil de la que se derivan o no beneficios económicos (tráfico, prostitución y pornografía infantil). Esta definición concuerda bastante con la expuesta por algunos autores<sup>1,2</sup>. En el *Nelson textbook of pediatrics*<sup>2</sup> se define el juego sexual como la inspección o tocamientos de genitales, nalgas o pecho por niños preadolescentes, con una diferencia de edad no mayor de 4 años, sin que haya violencia o coacción.

En España los profesionales del ámbito forense tienen como marco de referencia los delitos contra la libertad sexual tipificados en el Código Penal<sup>3</sup> (arts. 178-194). Dado que estas conductas delictivas no son diagnósticos médicos ni psicológicos, aunque sí objeto de atención clínica, a nuestro juicio, la misión de estos profesionales es la de intentar demostrar lesiones físicas o psíquicas que encajen en esta tipificación legal para contribuir a la resolución judicial correcta en cada caso.

## Epidemiología

Al intentar cuantificar los abusos sexuales que se dan en los diferentes países, hay importantes limitaciones que condicionan los datos de prevalencia e incidencia. En primer lugar, no se puede obviar el gran número de abusos sexuales que no se denuncian<sup>4</sup>, dado que muchas veces los menores no tienen las habilidades comunicativas suficientes para relatar los hechos, no reconocen estas situaciones como impropias, reprimen en su memoria situaciones desagradables o simplemente cooperan con la petición de guardar el secreto. En segundo lugar, los datos epidemiológicos de los diferentes países pueden variar sensiblemente en función de la realidad de cada uno. Es decir, hay una elevada variabilidad en un mismo país y entre países, que puede atribuirse a razones sociales (los no industrializados presentan menor prevalencia que los industrializados dada la limitación de recursos<sup>5</sup>), culturales (p. ej., la población china es más reacia a revelar la victimización sexual que la occidental<sup>6</sup>), familiares (cantidad de divorcios, padrastros, cuidadores temporales<sup>7</sup>), conceptuales (en algunos estudios se utilizan definiciones más restrictivas y en otros, más generales<sup>8</sup>) y metodológicas. Todo ello dificulta la cuantificación del problema.

## Prevalencia

De los datos de los países analizados se desprende una notable prevalencia en los dos sexos, si bien es más frecuente en el femenino<sup>9</sup>. Las estimaciones indican que, como promedio, un 10% de los varones y un 20% de las mujeres han sufrido abusos sexuales durante la infancia; no obstante, estos datos están sujetos a amplios intervalos de variabilidad<sup>10,11</sup>.

Para concretar de forma más ajustada y específica la prevalencia de los abusos sexuales a menores, exponemos una serie de estudios llevados a cabo en diferentes países. En una investigación realizada en España se mostraba un elevado número de abusos sexuales antes de los 17 años, concretamente, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres de una muestra representativa de la sociedad española<sup>12</sup>. En EE.UU., una encuesta a población adulta respecto a si habían experimentado abusos sexuales en el pasado demostraba que el 27% de las mujeres y el 16% de los varones reconocían haber sido víctimas de agresiones sexuales en la infancia<sup>13</sup>. En Suiza, en un estudio realizado a una muestra de adolescentes de 14 a 16 se obtuvo una frecuen-

cia de abuso sexual de un 10,9% en chicos y de un 33,8% en chicas<sup>14</sup>. En un estudio retrospectivo realizado en una población de Nueva Zelanda en una muestra de jóvenes, un 17,3% de las mujeres y un 3,4% de los varones relataban haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 16 años<sup>15</sup>. En otro estudio llevado a cabo en Alemania, de ámbito regional, con estudiantes mayores de 18 años, la prevalencia de abuso sexual encontrada fue de un 25,2% en mujeres y un 6,2% en varones, aunque los autores afirman que estos resultados no son generalizables a todo el país<sup>16</sup>. Los datos comentados parten del concepto de abuso sexual infantil en su sentido más amplio.

## Incidencia

Se desconoce la incidencia real de los abusos sexuales y los estudios epidemiológicos existentes<sup>17,18</sup> muestran resultados discordantes en cuanto a si disminuye o se estabiliza en el tiempo.

## Datos relevantes o características del acto

Muchas de las investigaciones coinciden en señalar que la mayoría de los agresores (70-80%) son familiares o conocidos de la víctima, y en su mayoría, varones (90%)<sup>6,7,16,19-23</sup>. Hay discrepancias en cuanto al tipo de acto abusivo predominante (con penetración, sin penetración y otros) y la relación entre el abusador (extrafamiliar, familiar) y el sexo de la víctima. Así, en un estudio llevado a cabo en España, los tocamientos fueron la forma más frecuente de agresión<sup>9</sup>, aunque en otros con población española es la penetración, con un 53%, el tipo de abuso sexual más frecuente<sup>24</sup>. Otras investigaciones demostraban que en un 20% de los casos se producían interacciones padre-hija (los más traumáticos)<sup>25</sup>. La edad de mayor frecuencia de abuso sexual en menores oscila entre los 6 y 12 años<sup>5,9,16,20,22,26</sup>. La población de menores con discapacidad psíquica moderada experimenta un mayor número de abusos sexuales, ya que su limitada capacidad para comprender y desarrollar su curiosidad sexual y su deseo de formar vínculos afectivos entre la población normal les hacen más vulnerables a estas situaciones<sup>27</sup>.

## Exploración del menor

### Anamnesis

Antes de iniciar la exploración médica y psicológica se debe recabar información relevante sobre el menor y su entorno, para lo cual se preguntará sobre su filiación, su desarrollo madurativo, las relaciones con sus iguales y con su familia, su rendimiento escolar, sus antecedentes personales (físicos y psíquicos), sus antecedentes familiares y, finalmente, su estado clínico actual. Estos aspectos ayudan a contextualizar el caso de abuso sexual.

### Ámbito médico

A los profesionales de la medicina se les pregunta con frecuencia sobre la veracidad de la declaración de un niño que presumiblemente ha sido víctima de abuso sexual, y para contestar deben basarse únicamente en evidencias médicas. En respuesta a esta demanda, los médicos han intentado establecer unos patrones de diagnóstico mediante criterios médicos objetivos. Sin embargo, la búsqueda de hallazgos médicos contrasta con el hecho de que la exploración genital de muchos niños que han denunciado abuso sexual es normal<sup>28</sup>. La elasticidad del himen y la flexibilidad del esfínter anal permiten en algunos casos el paso con cuidado de un dedo, del pene o de un objeto sin causar lesión<sup>29</sup>. Hay que

tener en cuenta además que, si hay lesiones, la curación se produce rápidamente, por lo que incluso en los casos en que el agresor ha confesado la existencia de penetración el reconocimiento del niño podría ser normal<sup>28,30</sup>.

El establecimiento de un diagnóstico temprano y preciso tiene como objetivo inmediato proteger al menor evitando el abuso crónico y sus devastadores efectos psicológicos. Por otra parte, no hay que olvidar que un diagnóstico incorrecto podría conducir a la separación familiar del menor y la imputación de una persona inocente, con la consiguiente desestructuración del núcleo familiar<sup>29</sup>.

Todas las denuncias de abuso sexual deben investigarse a fondo, aunque en el examen físico no se aprecien anomalías<sup>30</sup>. Para realizar el diagnóstico es necesario utilizar toda la información disponible, desde la evaluación médica completa, que incluirá una detallada historia desde la infancia, hasta el reconocimiento médico, efectuado lo antes posible desde el momento en que se tiene conocimiento de los abusos, y en algunos casos, pruebas de laboratorio. Es igualmente importante realizar una valoración del entorno y del ambiente familiar, ya que algunos estudios al respecto han concluido que una detallada historia clínica revela datos de abuso sexual en uno de los progenitores. Asimismo, se ha descrito abuso de sustancias, enfermedad mental o violencia doméstica en aproximadamente un 30% de los cuidadores<sup>31</sup>.

Creemos necesario hacer hincapié en que la exploración física debe ser completa pero breve, y sobre todo se debe procurar no repetirla a fin de evitar al niño el trauma de revisar la situación pasada<sup>30</sup>.

En el momento de proceder a la exploración física, resulta útil disponer de un formulario con un mapa corporal y otro genital, donde se señalarán las anomalías observadas. La realización de dibujos explicativos, la toma de fotografías o el uso de técnicas con instrumentos como el colposcopio contribuirán a aclarar la morfología de los genitales y obtener mediciones más precisas.

Es esencial que el médico conozca bien la anatomía normal del menor y la terminología correcta de los genitales femeninos, pues de lo contrario se pueden interpretar erróneamente ciertos rasgos anatómicos normales<sup>32</sup>. En este sentido, algunos estudios hacen referencia a la falta de conocimiento que los médicos en ocasiones han demostrado acerca de la normalidad o anormalidad de los genitales femeninos<sup>33,34</sup>, con las consecuencias que de ello se deriva, ya que la mala interpretación de los hallazgos puede conducir a reconocimientos equivocados de traumatismos físicos o a fallos en su reconocimiento (falsos positivos o falsos negativos). Según otros autores, el examen médico no logró detectar anomalías en al menos una tercera parte de menores víctimas de abuso sexual<sup>30,35</sup>. Makoroff et al<sup>36</sup> encontraron que, de los menores visitados por pediatras en un servicio de urgencias y en quienes no se hallaron evidencias de traumatismo, cuando, 2 semanas más tarde, médicos expertos en abuso sexual infantil los reexaminaron, se hallaron claras evidencias de abuso sexual en un 17%.

**Consideraciones generales.** Las características anatómicas de los genitales varían en función de factores como la edad, el grado de desarrollo sexual, su morfología, el estado de relajación durante la exploración y el método de exploración utilizado por el médico. Un claro ejemplo de este fenómeno es el efecto de las hormonas en el himen. Una vez que los estrógenos maternos desaparecen en el recién nacido, su influencia puede persistir hasta los 2 años de edad, período durante el cual el himen será grueso y redundante. Hacia los 3 o 4 años de edad adelgaza y se convierte en una delicada membrana y, al acercarse a la pubertad, se hace nuevamente grueso y

redundante<sup>29,37</sup>. Estos cambios pueden llevar a confusión si no se sabe que son fisiológicos<sup>32</sup>. La consistencia elástica del himen explica que el orificio himeneal pueda ensancharse sin evidencia física de traumatismo<sup>29</sup>. Independientemente de la edad, la morfología del himen es muy variable, y se consideran 3 formas típicas: a) himen semilunar o falciforme, en forma de media luna de concavidad anterior; b) himen anular o circular, en forma de diafragma con un agujero más o menos central, y c) himen labiado, con 2 membranas o labios separados por una hendidura central anteroposterior. Como variantes atípicas, cabe mencionar: a) himen biperforado, con 2 orificios, iguales o desiguales, separados entre sí por una tirilla central; b) himen cribiforme, con varios orificios en la superficie himeneal, a modo de criba, y c) otras variedades más raras, como la ausencia congénita de himen<sup>37,38</sup>.

El estado de relajación del niño y la técnica de exploración usada por el médico tienen un efecto significativo en el resultado de la exploración. Así, el examen en posición supina, mientras el examinador separa los labios con los dedos, es una excelente técnica para visualizar el perine y el vestíbulo. Sin embargo, esta posición no abre suficientemente el orificio himeneal, que aparece más pequeño; en este caso es mejor la posición genupectoral (en decúbito prono, con las rodillas y los codos apoyados sobre la mesa de exploración, con una separación de 15 o 20 cm entre las rodillas y en flexión de 90°)<sup>29,39</sup>. Una posición intermedia es la de «rana», en decúbito supino y con las piernas en abducción. Por lo que respecta a la región perianal, debe examinarse con el niño en posición lateral izquierda. Además del aspecto característico del esfínter anal, en el menor que no ha experimentado abusos pueden encontrarse algunas variaciones fisiológicas como pigmentación perianal, congestión venosa y algún apéndice cutáneo<sup>29</sup>.

**Hallazgos patológicos.** Para la sistematización de las lesiones, hemos escogido la clasificación en 4 categorías desarrollada en la Clínica Pediátrica Ginecológica de la Universidad de Tennessee, en Memphis<sup>30,39-41</sup>:

– **Categoría 1:** genitales aparentemente normales.

– **Categoría 2:** hallazgos inespecíficos, es decir, anomalías genitales que pudieran ser causados por abuso sexual, pero que también se observan en niñas que no lo han sufrido como, por ejemplo, inflamación y erosión. Estos hallazgos podrían deberse a una mala higiene perineal o a una infección inespecífica. Se incluyen en esta categoría el enrojecimiento de genitales externos, aumento del patrón vascular del vestíbulo y mucosa labial, presencia de secreción purulenta procedente de la vagina, pequeñas fisuras cutáneas o laceraciones en el área de la horquilla posterior y aglutinación de los labios menores.

– **Categoría 3:** hallazgos específicos, es decir, presencia de una o más alteraciones muy indicativas de abuso sexual. Entre estos hallazgos figuran laceraciones del himen y de la mucosa vaginal recientes o curadas, apertura himeneal de uno o varios centímetros (aspecto este, discutido, como se verá más adelante), proctoepisiotomía (una laceración de la mucosa vaginal que se extiende hasta alcanzar la mucosa rectal), indentaciones en la región vulvar indicativas de marcas dentales (mordedura). En esta categoría se incluye asimismo a pacientes con confirmación mediante pruebas de laboratorio de enfermedad venérea (p. ej., gonorrea).

– **Categoría 4:** hallazgos definitivos. Presencia de esperma.

**Interpretación de los hallazgos.** Gran parte de la investigación médica referente a abuso sexual infantil en niñas se ha centrado en pequeñas diferencias del diámetro himeneal.

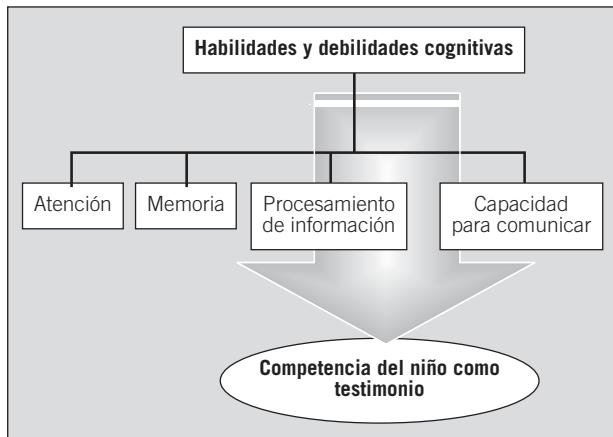


Fig. 2. Habilidades y debilidades cognitivas en el menor como testimonio.

Un criterio citado con frecuencia en el diagnóstico de abuso sexual es la existencia de una elongación del diámetro de la apertura himeneal (introito)<sup>42,43</sup>. Ambos diámetros se medirán entre las posiciones horarias 6 y 12 (vertical) y 3 y 9 (horizontal). En 1981 Cantwell<sup>44</sup> señaló que un diámetro himeneal horizontal mayor de 4 mm en niñas menores de 13 años estaba asociado con abuso sexual<sup>42,43</sup>. White e Ingram<sup>45</sup> recogieron hallazgos semejantes en 1989. Sin embargo, otros profesionales que se dedican al examen de niños por posible abuso sexual han considerado excesiva la importancia concedida a unos pocos milímetros de elongación de la apertura himeneal para validar el diagnóstico de abuso sexual. Para ellos queda claro que la edad, el desarrollo puberal de la niña, la posición del menor durante la exploración, el grado de tracción ejercido en los genitales externos y el grado de tensión o relajación de la menor influyen en el resultado de las medidas de la apertura himeneal. La naturaleza del abuso y el tiempo transcurrido desde que se cometió pueden modificar asimismo los hallazgos genitales<sup>35,37,46-48</sup>.

En cuanto a los niños varones que han sufrido abuso sexual, no suelen presentar indicios físicos pero, en caso de que existan, las alteraciones anal y rectal son las más frecuentes. Son hallazgos indicativos de abuso la dilatación anal, la ingurgitación venosa, hematomas, fisuras, escaras o laceraciones. Estas últimas pueden extenderse desde la mucosa rectal hasta la piel perianal. Asimismo, los niños sodomizados repetidamente pueden presentar como signo característico la disminución de la grasa alrededor del orificio anal o adelgazamiento de la piel perianal<sup>29</sup>.

En resumen, muchas formas de abuso sexual no muestran hallazgos físicos, por lo que un examen normal no excluye la posibilidad de que haya tenido lugar. Cuando hay lesiones, éstas pueden presentar una extraordinaria variabilidad, por lo que la interpretación de los hallazgos se deberá realizar con extremada cautela<sup>29</sup>.

#### Ámbito psicológico

La exploración psicológica en el ámbito forense incluye un amplio espectro de variables a considerar, clasificadas desde una vertiente teórica en los modelos psicopatológico y cognitivo. El primero contiene variables que indican los síntomas, tanto premórbidos como reactivos al acto de abuso (postraumáticos y/o secuelas). El cognitivo incluye las variables que influyen en la exposición que el menor hace (psicología del testimonio) de los presuntos abusos sexuales. La aplicación de los modelos mencionados requiere que el menor posea una serie de capacidades cognitivas básicas.

**Funciones cognoscitivas básicas.** Las funciones cognoscitivas son las que se necesitan para establecer canales de comunicación eficaces. En la figura 2 se expone las habilidades básicas para la adecuada comunicación. No obstante, éstas varían sensiblemente en función del estadio evolutivo del menor. A continuación se enumeran las principales.

La atención es requisito para el testimonio. Atención ante el episodio traumático y atención ante las preguntas del entrevistador. El déficit de atención da lugar a falta de detalles y suscita la duda sobre el testimonio<sup>49</sup>. Esto puede suceder en niños pequeños, ya que no presentan todavía un desarrollo total del córtex. Es hacia los 6 o 7 años de edad cuando poseen una mayor capacidad para mantener la atención. La memoria hace referencia a la cantidad de información que se recuerda. En ella influyen características como la repetición del mismo estímulo y la revisión de una experiencia. La mayoría de los autores establecen que a partir de los 5 años el menor posee una capacidad de memoria consistente.

En el procesamiento de la información se requiere una adecuada codificación, que precisa la transmisión del estímulo externo al cerebro, una adecuada retención y, finalmente, una recuperación de información o descodificación.

En la capacidad de comunicar hay que señalar que los menores poseen un vocabulario restringido. Además, utilizan un significado idiosincrásico de cada significante, que en muchas ocasiones no comparte las características de los adultos.

Por tanto, la calidad del testimonio del menor dependerá de sus habilidades y de las del entrevistador para subsanarlas. Así, durante la entrevista se recomienda el uso de la voz activa frente a la pasiva, evitar preguntas que incluyan negaciones<sup>50</sup> y atender a las diferencias evolutivas de los menores.

**Modelo psicopatológico.** En la evaluación sintomática del modelo psicopatológico se utiliza un método que abarca tanto la exploración clínica como el uso de instrumentos de medida que aporten hallazgos complementarios.

Los instrumentos de medida o pruebas psicométricas son métodos de exploración complementaria que aportan índices objetivos y de cuantificación sintomática, con una adecuada fiabilidad entre examinadores. En el ámbito forense hay pruebas psicométricas que exploran un amplio abanico de síndromes clínicos y otras que evalúan un área específica. A continuación se exponen algunas de las más representativas (fig. 3).

El Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)<sup>51</sup> es un inventario que aporta datos de objetividad en patrones de personalidad y síndromes clínicos de acuerdo con criterios teóricos y empíricos coordinados con los de la American Psychiatric Association<sup>52</sup>. Está compuesto de 160 ítems de respuesta dicotómica agrupados en 31 escalas: las de patrones de personalidad (introvertido, inhibido, lastimoso, sumiso, dramatizador, egocéntrico, antisocial, enérgico, conformista, oposiciónista, autopunitivo y tendencia con rasgos límites), las de preocupaciones propias del período evolutivo de la adolescencia (difusión de la identidad, baja autoestima, no ama a su propio cuerpo, incomodidad respecto al sexo, inseguridad con los compañeros, insensibilidad social, discordia familiar y abusos en la infancia), las de síndromes clínicos (trastornos de la alimentación, inclinación al abuso de sustancias, predisposición a la delincuencia, propensión a la impulsividad, sentimientos de ansiedad, afecto depresivo y tendencia al suicidio) y las de corrección (apertura, deseabilidad, alteración y fiabilidad). La edad de aplicación es entre 13 y 18 años.

Una de las escalas evalúa los abusos en la infancia (H), si bien los autores indican que estos resultados podrían falsificarse. No obstante, algunos autores dan fe de la utilidad de este instrumento de medida en la evaluación del abuso sexual y de los síntomas clínicos<sup>53</sup>.

Global		Específico	
MACI (Millon Adolescent Clinical inventory)	Personalidad psicopatológica  Síntomatología pre y posttraumática  Adaptación	CSBI (Child Sexual Behaviour Inventory)	Conductas sexualizadas
CBCL (Children Behaviour Checklist)		CITES-R (Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised)	Síntomatología posttraumática
TAMAI (Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil)		TSCC-R (Trauma Symptom Checklist for Children)	

Fig. 3. Clasificación de tests psicométricos según midan aspectos generales del sujeto o específicos para el abuso sexual.

El Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)<sup>54</sup> es un instrumento psicométrico compuesto de 145 ítems de respuesta dicotómica, cuyo propósito es evaluar la adaptación psicológica desde una perspectiva funcional e integral. Cubre diversas esferas (adaptación personal, social y escolar) y permite discriminar los posibles orígenes de las inadaptaciones presentes. Asimismo, aporta datos objetivos sobre la dinámica familiar y el estilo educativo de los padres. La edad de aplicación es entre los 8 y los 18 años. La Children Behaviour Checklist (CBCL)<sup>55-57</sup> es un cuestionario de 110-120 ítems, que evalúa síntomas clínicos y problemas de comportamiento y emocionales presentes en el menor (p. ej., depresión, quejas somáticas, hiperactividad y otros). También hay una serie de cuestiones en relación con las actividades del menor, sus relaciones sociales y su funcionamiento escolar. Hay diferentes formas, ya que se analiza la psicopatología del desarrollo (hasta los 18 años) y porque la información viene proporcionada por tres fuentes diferentes: la de los padres, la del profesor y la del propio menor. Las respuestas de cada ítem se puntuán mediante una escala tipo Likert (0: nunca; 1: algunas veces; 2: casi siempre) en el momento presente o en los últimos 6 meses. Es un instrumento de medida frecuentemente utilizado en la evaluación de menores. En estudios con población victimizada por episodios de abusos sexuales, algunos resultados con la CBCL indican que más de una cuarta parte de las víctimas presentan problemas clínicos conductuales y emocionales, y estos problemas se hacen evidentes después de la revelación<sup>58</sup>.

El Child Sexual Behaviour Inventory (CSBI)<sup>59</sup> es un inventario que se basa en el reconocimiento de que el abuso sexual está relacionado con la presencia de conductas sexuales tempranas en menores. Sirve para obtener información del cuidador principal del menor acerca de un amplio abanico de conductas sexuales que se usan en la evaluación de los menores que han sufrido abusos sexuales o de quienes se sospecha que pudieran haberlos experimentado. Consta de 38 ítems, divididos en 9 dominios: exhibicionismo, identidad sexual, ansiedad sexual, masturbación, interés sexual, curiosidad sexual, conocimiento sexual, conductas de voyerismo y problema de límites. El desarrollo de los ítems se fundamenta en los utilizados por la CBCL para describir la conducta sexual, dada su utilidad para discriminar a los menores víctimas de abusos de los que no los han sufrido<sup>60</sup>. Se evalúa el comportamiento del menor en los últimos 6 meses mediante una escala Likert de 0 (nunca) a 3 (mínimo una vez por semana). Su fiabilidad test-retest es in-

ferior a la esperable, lo que se explica por el hecho de que la mayoría de los menores estaban realizando psicoterapia en el momento de la segunda evaluación<sup>61</sup>.

La Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R)<sup>62,63</sup> es una escala en formato de entrevista estandarizada breve y fácil de administrar a menores víctimas de abuso sexual, dada la naturaleza sensible de la información recogida. Su finalidad es evaluar las consecuencias secundarias a la situación traumática vivida. Consta de 78 ítems correspondientes a 4 escalas principales: síntomas posttraumáticos en relación con el abuso (presencia de pensamientos intrusos, evitación de todo lo relacionado, ansiedad sexual e hiperactivación o irritabilidad), reacciones sociales (reacciones negativas ante otros y ayudas sociales), atribuciones (sentimiento de culpabilidad, vulnerabilidad personal, percepción de un mundo peligroso y grado de resistencia) y erotismo (frecuencia de sensaciones sexuales). La edad de aplicación es entre los 8 y 16 años. Se evalúan mediante una escala Likert de 3 puntos (0: nunca; 1: algunas veces; 2: casi siempre).

El Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)<sup>64</sup> es un listado de síntomas que evalúa los síntomas posttraumáticos en niños y adolescentes víctimas de una situación traumática. Incluye los efectos del abuso del menor (sexual, físico y psicológico), negligencia, violencia, accidentes graves y desastres. Es un instrumento que contiene 54 ítems correspondientes a 6 escalas clínicas (ansiedad, depresión, tensión posttraumática, preocupaciones sexuales, disociación y cólera) y 2 escalas de validez. La edad de aplicación es entre los 8 y 17 años. Se evalúan mediante una escala Likert con 4 tipos de respuesta cuyas puntuaciones van de 0 (nunca) a 3 (casi todo el tiempo). Parece ser sensible a los efectos de la psicoterapia en los niños que han sufrido abusos<sup>65</sup> y a los efectos de la intervención de los sistemas de protección del menor<sup>66</sup>.

**Modelo cognitivo (psicología del testimonio).** Ante casos de abuso sexual de menores, se ha de plantear la posibilidad de que no todas las denuncias sean verdaderas. Algunos autores indican que aproximadamente el 7% de las declaraciones resultan ser falsas<sup>67</sup>. Por lo tanto, hemos de dejar un margen a las alegaciones falsas de abuso sexual. Por esta razón se necesitan diversos métodos para obtener un relato libre de los hechos sucedidos al menor y poder analizar su credibilidad y veracidad. Desempeñarán un papel importante en los procesos judiciales, sobre todo en los que se hace difícil la comprobación física de los hechos relatados. No

obstante, estos métodos no constituyen una técnica infalible, ya que no son instrumentos para detectar mentiras, sino técnicas para evaluar la posibilidad de que el relato sea indicativo de una experiencia real de abuso sexual<sup>68</sup>.

A continuación vamos a explicar algunas de las técnicas más relevantes, que no son las únicas existentes. No obstante, hay que advertir que su aplicación puede entrañar ciertas dificultades intrínsecas por la corta edad de los menores a entrevistar, la sensibilidad con la que hay que abordar el estudio y el posible interés oculto de los adultos. Por esa razón, habrá que escoger la técnica que consideremos óptima para cada caso particular.

1. SVA (State Validity Assessment). Es la técnica utilizada con más frecuencia para evaluar la credibilidad de las declaraciones de un menor ante un caso de abuso sexual. Aunque desarrollada inicialmente en Alemania, se ha ido extendiendo a otros países. Su fundamento es la hipótesis de Undeutsch<sup>69</sup>: «Si el abuso sexual que narra el menor ha sucedido verdaderamente, su relato de memoria será diferente del de un relato inventado, bien por sí solo, bien por sugerencias de un adulto». Es decir, los sucesos que uno mismo experimenta difieren en mayor o menor grado de los imaginados. La utilización de la técnica requiere una valoración previa de la capacidad mental y verbal del menor, a la que ya se ha hecho referencia anteriormente. Se estructura en varias secciones:

- Revisión de toda la información relevante del expediente judicial.
- Entrevista semiestructurada, evitando el sesgo del entrevistador; es decir, hay que recordar que los menores poseen unas debilidades cognitivas, así como una elevada capacidad de sugestión. Para subsanar estas deficiencias se requiere un relato libre de los hechos por parte del menor, sin establecer preguntas excesivamente dirigidas. Asimismo, en ocasiones las entrevistas se graban mediante los soportes técnicos adecuados, para poder valorar posteriormente los posibles sesgos por parte del entrevistador.
- Análisis del contenido de la declaración mediante una serie de criterios (CBCA, de *criteria based content analysis*<sup>70</sup>) y basado en la hipótesis de Undeutsch antes formulada. Los criterios que definen la calidad de la declaración se resumen en la tabla 1. La presencia de cada uno de los criterios

TABLA 1

#### Criterios que definen la calidad de la declaración según Steller y Koehnken (1989)<sup>70</sup>

Características generales
Estructura lógica
Producción inestructurada
Cantidad de detalles
Contenidos específicos
Incardinación en contexto
Descripción de interacciones
Reproducción de conversaciones
Complicaciones inesperadas durante el incidente
Peculiaridades del contenido
Detalles inusuales
Detalles superfluos
Información exacta de detalles mal entendidos
Asociaciones externas relacionadas
Descripción del estado mental del menor
Atribuciones al estado mental del agresor
Contenidos relacionados con la motivación
Correcciones espontáneas
Admisión de falta de memoria
Plantear dudas sobre su propio testimonio
Autodesaprobación
Perdón al autor del delito
Elementos específicos de la ofensa
Detalles característicos de la ofensa

expuestos va aportando indicios sobre el grado derealismo del relato del menor. El sistema de puntuación puede ir en función del grado de presencia (escala de 0 a 2) o simplemente por su ausencia o presencia (0 o 1).

No obstante, hay ciertas variables de distorsión que inciden en la objetividad de la técnica. Así, la falta de consenso acerca del punto de corte, la importancia relativa de cada criterio<sup>71</sup>, la escueta definición de éstos y el grado de experiencia del entrevistador son variables que requieren un control exhaustivo para evitar esta desviación.

Varios estudios de validación indicaron que los criterios se presentaban con más frecuencia en las historias reales que en las inventadas<sup>72,73</sup>. Algunos autores concluyen que el hecho de puntuar de forma dicotómica (0 o 1) hace que se pierda poder de discriminación entre las declaraciones creíbles y las no creíbles<sup>73</sup>. Otros estudios muestran el poder discriminador de unos criterios respecto al resto; así, los criterios descripción de interacciones, incardinación en contexto, detalles característicos de la agresión y cantidad de detalles son los que aparecen con más frecuencia en menores víctimas de abuso sexual<sup>24</sup>. A pesar del reciente aumento de la investigación científica y de la actividad empírica en esta técnica, el enfoque cuantitativo de la evaluación de la credibilidad del testimonio es complejo y, por lo tanto, todavía no puede considerarse una prueba judicial fehaciente, pero puede resultar un buen indicador para el perito y para el sistema judicial.

– Valoración de criterios de validez externos al relato del menor, entre los que destacan la adecuación de su lenguaje, conocimientos y afecto, la susceptibilidad a la sugerición, la adecuación global de la entrevista, las motivaciones para informar en falso y la concordancia con cuestiones esenciales de investigación.

2. SAL (Sex Abuse Legitimacy). Su autor<sup>74</sup> diseñó esta escala con el objetivo de ayudar a los entrevistadores a distinguir los relatos altamente creíbles de los fabricados (de dudosa veracidad) a través de la ausencia o presencia de una serie de criterios con distintos poder diferencial atribuyendo diferentes pesos a cada uno de los ítems en función del poder discriminativo (alto: 3 puntos; medio: 2 puntos; bajo: 1 punto). Puntuaciones que superen el 50% de la puntuación total indican alta credibilidad, y las inferiores al 10% señalan un elevado índice de falsedad. Se evalúa por separado las alegaciones del niño, del acusado y del que interpone la denuncia. Del niño se valora el grado derealismo de sus declaraciones; del denunciante, su vínculo con el menor, y del acusado, el contexto en que se producen los hechos, lo que resulta de gran utilidad en abusos acontecidos en el seno de la familia por parte de alguno de los progenitores. Si se desconoce el agresor o no se le puede entrevistar, pierde una de sus finalidades principales, ya que se trata de una técnica multiinformante. Una de sus carencias es que no hay suficientes estudios empíricos que avalen esta técnica en el ámbito forense; además, los criterios y el intervalo de puntuación se basan únicamente en la experiencia clínica del autor.

3. *Anatomic dolls* (muñecos anatómicos). En los últimos 25 años ha sido una de las técnicas frecuentemente usadas para investigar los casos de abuso sexual en los menores más pequeños. Es un medio de comunicación para menores de 6 años que subsana la carencia de habilidades verbales. Con relación a sus características morfológicas, se trata de muñecos de tela con rasgos faciales pintados, cabello de lana y representación detallada de los genitales. Pueden representar hasta 3 generaciones. Los hay con o

sin ropa. Su talla es de 50 cm para representar a adultos y de 40 cm para niños. No hay pruebas empíricas que indiquen que un diseño sea mejor o peor. En cuanto a su funcionalidad<sup>75</sup>, es un elemento tranquilizador (elemento de juego), un vehículo que permite tácitamente al menor hablar de sus experiencias, un modelo que evalúa los conocimientos de los mecanismos de las relaciones sexuales, una ayuda para realizar una demostración más efectiva sobre lo sucedido (información más rica, completa y detallada), un estímulo para reforzar el recuerdo y, finalmente, sirve de pantalla diagnóstica (observar reacciones o afirmaciones). En cualquier caso, deben usarse para animar al menor a hablar más que para deducir la existencia de abusos a partir de las conductas que los menores realizan con ellos. Es decir, no es una prueba diagnóstica. Además, si se utilizará como tal, podría resultar contraproducente<sup>76</sup>, ya que se ha demostrado que ejercen un efecto combinado de sugerión y contaminación en los menores.

Aunque algunos autores han publicado protocolos de uso de los muñecos<sup>77</sup>, no hay una aceptación uniforme. El uso queda restringido a profesionales con experiencia que lo apliquen correctamente y lo interpreten en el sentido adecuado, ya que hay diversos aspectos a considerar<sup>76</sup>. Por un lado, los muñecos no son una prueba con validez predictiva. Por otra parte, no se pueden tomar decisiones basadas únicamente en el juego del menor, ya que se producen factores de distorsión. En primer lugar, los niños menores de 5 años carecen de la complejidad cognitiva suficiente para utilizarlos en la representación de sus experiencias (así, los menores de 30 meses no tienen asumida la comprensión de la naturaleza simbólica del modelo y, por tanto, no pueden reconocer el objeto<sup>75</sup>). En segundo lugar, su grado de conocimientos sexuales puede estar influido por los medios audiovisuales. Finalmente, hay diferencias entre los menores que se explican por la etnia y la situación económica.

### Secuelas

Las secuelas del abuso sexual son heterogéneas, sin que haya un cuadro psicopatológico patognomónico. Fundamentalmente existen 3 grandes líneas de investigación: a) investigaciones que estudian las secuelas desde el ámbito psicopatológico, entre ellas los trastornos de personalidad y los síntomas psiquiátricos; b) investigaciones que estudian variables mediadoras y factores de riesgo y protección en el desarrollo de secuelas tras episodios de abusos sexuales, y c) investigaciones que relacionan los antecedentes de abusos sexuales con el ajuste y la eficacia de tratamientos en enfermedades somáticas y psicosomáticas.

En lo referente a la personalidad, algunos autores<sup>78</sup> concluyen que el trastorno límite de personalidad es el que presenta una mayor prevalencia entre las víctimas de abusos sexuales. Además, los mismos autores encuentran relaciones positivas entre la magnitud del episodio traumático y la gravedad sintomática de este trastorno.

En cuanto a los síndromes psiquiátricos, se observa que los trastornos de ansiedad y los afectivos son los más frecuentes entre las víctimas de abusos sexuales<sup>79</sup>. Otros resultados ponen de manifiesto la asociación entre la gravedad del acto de abuso y la magnitud sintomática de experiencias dissociativas en mujeres victimizadas<sup>80</sup>. Otros estudios relacionan una mayor vulnerabilidad para desarrollar trastorno de estrés postraumático en mujeres<sup>81</sup>.

Respecto a las variables de salud y psicosomáticas, hay quienes relacionan el abuso sexual en la infancia con esquemas cognitivos negativos de autoconcepto. Un grupo de investigadores<sup>82</sup> compararon a dos grupos de mujeres con



Fig. 4. Secuelas del abuso sexual a corto plazo.

obesidad premórbida: unas habían sido víctimas de abuso sexual y otras no lo habían experimentado. Los resultados indicaron que el grupo de mujeres con episodios de abuso sexual presentaba creencias cognitivas erróneas respecto a su autoconcepto. Los citados investigadores recomiendan apoyo psicoterapéutico a las pacientes con obesidad premórbida, ya que el resultado de la intervención médica resulta más eficaz. Otros resultados<sup>83</sup> indican que hay relación entre los episodios de abuso sexual en la infancia y la fibromialgia, si bien no se establece un nexo de causalidad ni se muestra el episodio de abuso sexual como un factor etiológico de la fibromialgia.

En cuanto a variables mediadoras, hay variables de riesgo y de protección para el desarrollo de psicopatología después del acto abusivo. De acuerdo con algunos autores<sup>84</sup>, también hay que considerar el tipo de abuso, la frecuencia y la cronicidad, así como el uso o no de amenazas verbales y fuerza física, entre otros factores. Otras variables mediadoras independientes del episodio abusivo son el ambiente familiar y las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Así, se han realizado estudios acerca de la percepción del ambiente familiar en adolescentes víctimas de abusos sexuales frente a un grupo control de adolescentes que no los habían experimentado<sup>85</sup>. Los resultados mostraron que, en el grupo de sexo femenino, las mujeres con episodios de abuso físico y sexual percibían a sus familias como conflictivas y poco cohesionadas respecto a adolescentes no victimizadas. No obstante, entre los varones no se encontró estas diferencias. Del estudio se desprende que hay diferencias de sexo en adolescentes victimizados respecto a factores de riesgo familiares en el ulterior desarrollo de psicopatología. Sin embargo, otros resultados no en-

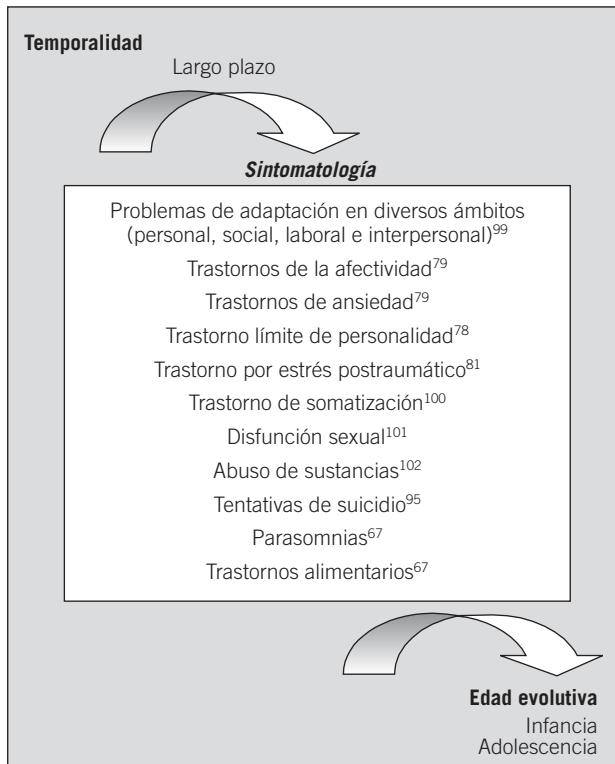


Fig. 5. Secuelas del abuso sexual a largo plazo.

cuencuentran relación entre el apoyo familiar y el ajuste posterior psicopatológico en mujeres victimizadas<sup>86</sup>. Los autores de estos resultados, así como otros investigadores<sup>87</sup>, concluyen que diversas estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes influyen en el ajuste psicológico de las víctimas. En este sentido, algunos resultados indican una mayor asociación entre factores subjetivos y tipo de estrategia de afrontamiento frente a factores objetivos y el desarrollo de secuelas psicológicas en mujeres víctimas de abuso sexual<sup>88</sup>. En la misma línea, otros<sup>89,90</sup> ponen de manifiesto que las estrategias de afrontamiento de evitación del estresante predicen un peor ajuste psicológico en la vida adulta que las estrategias de acercamiento. Además, el uso de estas estrategias centradas en la evitación comporta un ajuste deficitario en la vida sexual adulta<sup>91</sup>.

Aun teniendo en cuenta la heterogeneidad de las secuelas (tanto a largo como a corto plazo), hemos intentado exponer de forma esquemática y breve algunas de las que se dan con frecuencia (figs. 4 y 5).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Felzen C. Child sexual abuse. *Lancet*. 2004;364:462-70.
2. Johnson CF. Abuse and neglect of children. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001.
3. Código Penal 1995. 5.<sup>a</sup> ed. Madrid: Colex; 2000.
4. López F. Abuso sexual: un problema desconocido. En: Casado J, Díaz JA, Martínez C, editores. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 161-7.
5. Singh HS, Yiing WW, Nurani HN. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse Negl*. 1996;20:487-92.
6. Tang CS. Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse Negl*. 2002;26:23-37.
7. Feldman W, Feldman E, Goodman JT, McGrath PJ, Pless RP, Corsini L, et al. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics*. 1991;88:29-33.
8. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*. 2000;89:310-9.
9. Pou J, Ruiz A, Comas L, Petitbo MD, Ibáñez M, Bassets J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Ped*. 2001;54:243-50.
10. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1994;18:409-17.
11. Lampe A. The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Psychosom Med Psychother*. 2002; 48:370-80.
12. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y secuelas de childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl*. 1995;19:1039-50.
13. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl*. 1990;14:19-28.
14. Bouvier P, Halperin D, Rey H, Jaffé PD, Laederach J, Mounoud R, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl*. 1999;23:779-90.
15. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1355-64.
16. Raupp U, Eggers C. Sexual abuse of children. A regional study of the prevalence characteristics. *Monatsschr Kinderheilkd*. 1993;141:316-22.
17. Dunne MP, Purdie DM, Cook MD, Boyle FM, Najman JM. Is child abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse Negl*. 2003;2:141-52.
18. Wyatt GE, Burns Loeb T, Solís B, Vargas Carmona J, Romero G. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: change across a decade. *Child Abuse Negl*. 1999;23:45-60.
19. Anderson J, Martin J, Mullen P, Romans S, Herbison P. Prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:427-8.
20. Dube R, Hebert M. Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 5 cases. *Child Abuse Negl*. 1988;12:321-30.
21. Meursing K, Vos T, Coutinho O, Moyo M, Mpofu S, Oneko O, et al. Child sexual abuse in Matabeleland, Zimbabwe. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1693-704.
22. Halperin D, Bouvier P, Jaffé PD, Pawlak C, Laederach J, Rey H. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: survey. *BMJ*. 1996;312:1326-9.
23. Faller KC. Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: how boy and girl victims differs. *Child Abuse Negl*. 1989;13: 281-91.
24. Vázquez B. Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Estudio de 100 casos. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2003.
25. Herman J, Russell D, Trocki K. Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *Am J Psychiatry*. 1986;143:1293-6.
26. Fleming JM. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample Australian women. *Med J Aust*. 1997;166:65-8.
27. Tharinger T, Burrows C, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl*. 1990;14:301-12.
28. Heger A. Introital diameter as the criterion for sexual abuse. *Pediatrics*. 1990;85:222-3.
29. Calvo J, Calvo JR. Aspectos físicos del abuso sexual. En: Casado J, Díaz JA, Martínez C, editores. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 169-75.
30. Muram D. Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Negl*. 1989;13:211-6.
31. Palusci VJ, Cyrus TA. Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2001;25:1535-46.
32. Chadwick D, Berkowitz C, Kerns D. Color atlas of child sexual abuse. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1989. p. 5-9.
33. Ladson S, Johnson CF, Doty RE. Do physicians recognize sexual abuse? *Am J Dis Child*. 1987;141:411-5.
34. Lentsch K, Johnson CF. Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? Surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreat*. 2000;5:72-8.
35. Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic girls. *Pediatrics*. 1987; 79:778-85.
36. Makoroff KL, Brauley JL, Bradener AM, Myers PA, Shapiro RA. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: finding by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse Negl*. 2002;26:1235-42.
37. Pokorney SF. Configuration of the prepubertal hymen. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157:950-6.
38. Gisbert MS, Gisbert JA. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. En: Villanueva E, editor. *Gisbert Calabuig medicina legal y toxicología*. Barcelona: Masson; 2004. p. 579-601.
39. Muram D, Weatherford T. Child sexual abuse in Shelby County, Tennessee: two years of experience. *Adolescent Pediatric Gynecology*. 1988;2:114-8.

40. Muram D. Classification of genital findings in prepubertal girls victims of sexual abuse. *Adolescent Pediatric Gynecology*. 1988;2:149.
41. Muram D, Elias S. The use of colposcopy in the medical evaluation of prepubertal child victims of sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 160:333-5.
42. Cantwell HB. Vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen. *Child Abuse Negl*. 1983;7:171-6.
43. Cantwell HB. Update on vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen. *Child Abuse Negl*. 1987;11:545-6.
44. Cantwell HB. Sexual abuse of children in Denver, 1979: reviewed with implications of pediatric intervention and possible prevention. *Child Abuse Negl*. 1981;5:75-95.
45. White ST, Ingram DL. Vaginal introital diameter in the evaluation of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1989;13:217-24.
46. Paradise JE. Predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: a big issue about a little tissue. *Child Abuse Negl*. 1989;13:169-76.
47. Woodling BA, Hegar AH. The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group. *Child Abuse Negl*. 1986;10: 111-4.
48. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. *Pediatrics*. 1990;85:182-7.
49. Faller KC. Interviewing children who may have been abused: a historical perspective and overview of controversies. *Child Maltreatment*. 1996;1:83-95.
50. Perry N, McAuliff B, Tam P, Claycomb L. When lawyers question children: is justice served? *Law and Human Behavior*. 1995;19:609-29.
51. Millon T, Millon C, Davies R. *Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems; 1993.
52. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
53. Grilo CM, Sanislow C, Fehon DC, Martino S, McGlashan TH. Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatient who report histories of childhood abuse. *Am J Psychiatry*. 1999;156:538-43.
54. Hernández P. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)*. 4.<sup>a</sup> ed. Madrid: TEA; 2002.
55. Achenbach TM. Child behavior checklist for ages 6 to 18. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.
56. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
57. Achenbach T, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1983.
58. Wolfe WV, Gentile C, Wolfe DA. The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation. *Behavior Therapy*. 1989;20:215-28.
59. Friedrich WN. *Child Sexual Behaviour Inventory: professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources; 1997.
60. Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza A. Children from sexually abusive families: behavioral comparison. *Journal of Interpersonal Violence*. 1987; 2:391-402.
61. Friedrich WN, Grambsch P, Damon L, Hewitt SK, Koverola C, Lang RA, et al. *Child Sexual Behavior Inventory: normative and clinical comparisons*. *Psychological Assessment*. 1992;4:303-11.
62. Wolfe WV, Gentile C, Michienzi T, Sas L, Wolfe DA. The Children's Impact of Traumatic Events Scale: a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behaviour Assessment*. 1991;13:359-83.
63. Chaffin M, Shultz SK. Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *Child Abuse Negl*. 2001;25:401-11.
64. Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources; 1996.
65. Lanktree CB, Briere J. Outcome of therapy for sexually abused children: a repeated measures study. *Child Abuse Negl*. 1995;19:1145-55.
66. Henry J. System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*. 1997;12:499-512.
67. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. *Abuso sexual en la infancia: victimas y agresores. Un enfoque clínico*. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ariel; 2000.
68. Manzanero AL, Diges M. Evaluación subjetiva de la exactitud de las declaraciones de los testigos: la credibilidad. *Anuario de Psicología Jurídica*. 1993;3:7-27.
69. Undeutsch U. *Handbuch Forensische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe; 1967. p. 26-181.
70. Steller M, Koehnken G. Criteria-based statement analysis. En: Raskins DC, editor. *Psychological methods in criminal investigation and evidence*. New York: Springer-Verlag; 1989. p. 217-45.
71. Bradford R. Developing and objective approach to assessing allegations of sexual abuse. *Child Abuse Review*. 1994;3:93-101.
72. Steller M, Wellerhaus P, Wolf T. *Realkeitenzeichen in Kinderaussagen: Empirische Grundlagen der Kriterienorientierten Aussageanalyse*. Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie. 1992;39: 151-70.
73. Lamb M, Sternberg K, Esplin P, Horshkowitz I, Orbach Y, Hovav M. Criterion-based content analysis: a field validation study. *Child Abuse Negl*. 1997;21:255-64.
74. Gardner RA, editor. *The parental alienation syndrome between fabricated and genuine child sex abuse*. Cresskill: Creative Therapeutics; 1987.
75. 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.
76. Koocher GP, Goodman GS, Sue White C, Friedrich WN, Sivan AB, Reynolds CR. Psychological science and the use of anatomically detailed dolls in child sexual-abuse assessments. *Psychol Bull*. 1995;118:199-222.
77. Levy H, Kalinowski N, Markovic J, Pittman M, Ahart S. Victim-sensitive interviewing in child sexual abuse: a developmental approach to interviewing and consideration of the use of anatomically detailed dolls. Chicago: Mount Sinai Hospital Medical Center, Department of Pediatrics; 1991.
78. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:510-8.
79. Lombardo S, Pohl R. Sexual abuse history of women treated in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatr Serv*. 1997;48:534-6.
80. Zlotnick C, Begin A, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E. The relationship between characteristics of sexual abuse and dissociative experiences. *Compr Psychiatry*. 1994;35:465-70.
81. Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Women Men Health*. 2004;7:111-21.
82. Van Haswijk P, Waller G, Fiennes A, Rashid Z, Lacey H. Reported sexual abuse and cognitive content in the morbidly obese. *Eating Behaviors*. 2003;4:315-22.
83. Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1995;38:229-34.
84. Lammers-Winkelma F, Buffing F. Children's testimony in the Netherlands: a study of statement validity analysis. En: Bottoms BL, Goodman GS, editors. *International perspectives on child abuse and children's testimony: psychological research and law*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996. p. 45-61.
85. Meyerson LA, Long PJ, Miranda R, Marx BP. The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse Negl*. 2002; 26:387-405.
86. Merrill LL, Thomsen CJ, Sinclair BB, Gold SR, Milner JS. Predicting the impact of child sexual abuse on women: the role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *J Consult Clin Psicol*. 2001;69: 992-1006.
87. Tremblay C, Hébert M, Piché C. Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl*. 1999;23:929-45.
88. Lange A, De Beurs E, Dolan C, Lachnit T, Sjollema S, Hanewald G. Log-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:150-8.
89. Coffey P, Leitenberg H, Henning K, Turner T, Bennett RT. The relation between methods of coping during adulthood with a history of childhood sexual abuse and current psychological adjustment. *J Consult Clin Psicol*. 1996;64:1090-3.
90. Bal S, Van Oost P, Bourdeaudhuij I, Crombez G. Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse Negl*. 2003;27:883-97.
91. Merrill LL, Guimond JM, Thomsen CJ, Milner JS. Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *J Consult Clin Psicol*. 2003; 71:987-96.
92. Price L, Maddocks A, Davies S, Griffiths K. Somatic and psychological problems in a cohort of sexually abused boys: a six year follow up case-control study. *Arch Dis Child*. 2002;86:164-7.
93. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psicol*. 2003;71:575-86.
94. Rew L, Taylor-Seehafer M, Fitzgerald ML. Sexual abuse, alcohol and other drug use, and suicidal behaviors in homeless adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2001;24:225-40.
95. Koplin B, Agathon J. Suicidality in children and adolescents: a review. *Curr Opin Pediatr*. 2002;14:713-7.
96. Haj-Yahi MM, Tamish S. The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child Abuse Negl*. 2001;25:1303-27.
97. Estes LS, Tidwell R. Sexually abused children's behaviours: impact of gender and mother's experience of intra- and extra-familial sexual abuse. *Fam Pract*. 2002;19:36-44.
98. Hall DK, Mathews F, Pearce J. Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse Negl*. 2002;26: 289-312.
99. Kelly RJ, Wood JJ, González LS, MacDonald V, Waterman J. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl*. 2002;26:425-41.
100. Roelofs K, Keijser GP, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1908-13.
101. Rumstein-McKean O, Hunsley J. Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21:471-90.
102. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat*. 2002;22:121-8.