

Abstract

La victimización sexual en la infancia es un problema de considerable magnitud para el que los profesionales no siempre se encuentran adecuadamente preparados. Una correcta evaluación de estos casos implica considerar indicadores físicos y psicológicos, relativos al menor víctima, así como factores de riesgo social, vinculados al entorno familiar. Los hallazgos físicos son escasos, si bien constituyen una de las pruebas más objetivas de la experiencia de abuso sexual. Los indicadores conductuales, que incluyen la conducta sexualizada y la sintomatología postraumática, así como los índices de veracidad del relato del menor son los principales aspectos psicológicos a evaluar. La existencia de abusos previos en las figuras parentales del menor víctima es un factor de riesgo social que debe considerarse. La exploración del abuso sexual infantil supone un reto para cualquier profesional, que debe afrontarse desde un equipo multidisciplinar con la adecuada formación y experiencia.

Palabras clave: victimización; infancia; evaluación; abuso sexual.

Victimización sexual de menores: criterios clínicos y legales

La victimización sexual de menores incluye una multiplicidad de tipologías, no restringidas a lo que, comúnmente, y principalmente desde el ámbito clínico, denominamos abuso sexual infantil. De hecho, en el ámbito social y de la salud se habla de abusos sexuales como concepto amplio, referido a una extensa tipología de delitos sexuales pero también a otras actividades no tipificadas como delito, si bien sería más adecuado hablar de victimización sexual, lo que permitiría un mayor entendimiento entre los ámbitos jurídico y clínico.

Cabe decir que el abuso sexual infantil es un problema que afecta a un importante porcentaje de la población española. El único estudio de prevalencia llevado a cabo a nivel nacional¹ indica que un 18,9% de las 1.821 personas de entre 18 y 60 años que fueron entrevistadas manifestó haber sufrido abuso sexual en algún momento de su infancia. Este porcentaje era más elevado en mujeres (22,5%), que en varones (15,2%). En el ámbito internacional, los estudios de metánesis publicados al respecto^{2,3} muestran que la experiencia de abuso sexual infantil constituye un problema de salud pública de considerable magnitud tanto en países occidentales, como en aquellos en vías de desarrollo, para el que los profesionales no siempre se encuentran preparados.

Entendiendo que el abuso sexual infantil es la tipología de victimización sexual más frecuente y sobre la que existe más investigación, en nuestro país, la mayoría de profesionales siguen los criterios propuestos por Finkelhor y Hotaling⁴, y ratificados por López¹ para definir esta situación. Para estos autores los abusos sexuales de menores deben ser definidos a partir de dos grandes conceptos, como son la *coerción*, referida al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y la *asimetría de edad* o desigualdad madurativa, que impide la verdadera libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual

compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. Si bien pueden aparecer dificultades al delimitar cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor y Hotaling⁴ consideran una diferencia de cinco años de edad o más cuando el menor tiene menos de 13, y de diez años o más si éste tiene entre 13 y 16 años.

Sin embargo, los criterios y definiciones clínicas mencionados no se corresponden exactamente con los criterios y tipologías legales de la última reforma del Código Penal Español, en su título ‘Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexual’. Según ésta, los hechos pueden ser calificados como agresión sexual, si ha habido violencia o intimidación (art. 178 ss), o abuso sexual (art. 181 y 182) en caso que no se den estas condiciones y el autor haya obtenido el consentimiento del menor mediante un medio abusivo o engañoso. Cabe recordar que el Derecho español fija en los trece años la denominada *edad de consentimiento sexual*, a diferencia de otros países del entorno, en los que se sitúa entre los 14 -Portugal, Alemania, Italia- y los 18 años -Malta, Turquía-, por debajo de la cual se presume que todo contacto sexual con un adulto constituye, por parte de éste, un delito de abuso sexual. Otros tipos delictivos del ámbito sexual con víctimas menores de edad son el exhibicionismo (art. 185), la inducción a la prostitución de menores (art. 187), las diversas conductas relacionadas con la pornografía infantil (art. 189-1 ss) o la corrupción de menores (art. 189-4). El acoso sexual de menores a través de Internet u *online grooming* ha sido recientemente introducido, como tipo delictivo, en la última revisión del Código Penal español operada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio.

En este contexto, una primera necesidad del profesional forense antes de llevar a cabo la exploración de un menor es conocer las correspondencias entre lo que, a nivel general, es conocido en el ámbito clínico como abuso sexual infantil y los delitos tipificados en nuestra legislación al respecto.

Indicadores y consecuencias relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil

Son diversas las variables que se han considerado relevantes para una correcta detección del abuso sexual infantil y que refieren, principalmente, a tres grandes áreas que agrupan los denominados indicadores físicos y psicológicos, ambos evaluados a partir del propio menor, y los factores de riesgo social, vinculados a la familia y al entorno del menor víctima.

Indicadores físicos del abuso sexual infantil

Los indicadores físicos del abuso sexual infantil son poco frecuentes, extraordinariamente variables y, en muchos casos, compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos⁵. En la mayor parte de casos, los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas⁶ y, por tanto, un examen normal no debe excluir la posibilidad de que un abuso sexual haya tenido lugar. Sin embargo, algunas víctimas de abuso sexual infantil sí presentan lesiones genitales y anales que son claros indicadores de esta experiencia, así como lo es la presencia de esperma y, sobre todo, las infecciones, enfermedades de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis) antes de la pubertad y, en ciertos casos, el embarazo^{6,7}. El VIH, previo descarte de una posible transmisión vertical, entre otros, no es demasiado frecuente como indicador pero también se encuentra en algunos casos, especialmente en países no occidentales⁸. Incluso se han observado lesiones orofaciales compatibles con abuso físico y sexual⁹. Otros

indicadores físicos menos específicos pueden ser la enuresis y encopresis secundaria, las infecciones urinarias repetidas o la presencia de tóxicos, como benzodiazepinas o hipnóticos¹⁰. Recientemente, se han ofrecido recomendaciones y guías de evaluación e intervención que pretenden facilitar la evaluación de estos aspectos¹¹, advirtiendo que la valoración de estos casos debe ser llevada a cabo por un profesional de la salud con una amplia formación clínica y forense.

Indicadores psicológicos del abuso sexual infantil a través de la conducta del menor

Las consecuencias psicológicas que suelen acompañar a la vivencia del abuso sexual infantil son frecuentes y diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia¹² como las que, en muchas ocasiones, perduran hasta la edad adulta¹³, dependiendo de múltiples variables relacionadas con la víctima y la respuesta de su entorno, así como con características del agresor y de la propia situación de abuso. Estas consecuencias, vinculadas al ámbito emocional y conductual del menor, configuran los denominados indicadores psicológicos o clínicos del abuso sexual infantil, lo que supone una cierta paradoja para el profesional ya que no se puede detectar el abuso desde una perspectiva psicológica hasta que el menor víctima no muestra ya síntomas de desajuste.

Para la evaluación de estos indicadores existen múltiples instrumentos que provienen, principalmente, de los Estados Unidos de América y evalúan, mayoritariamente, aquellos patrones de conducta que, en el mejor de los casos, se han observado en una parte importante de las víctimas de abuso sexual¹⁴. Entre estos, destacan la conducta sexualizada o los comportamientos erotizados (para una revisión sobre conducta sexual normal y problemática en niños y niñas véase el trabajo de Kellogg¹⁵); los conocimientos sexuales inadecuados para la edad¹⁶; las atribuciones y percepciones distorsionadas que presenta el menor respecto a sí mismo y al mundo, caracterizadas por una elevada desconfianza, sentimientos de estigmatización y culpa, o

baja autoestima, entre otros (véase el Modelo de la Dinámica Traumatogénica de Finkelhor y Browne¹⁷); o la sintomatología postraumática asociada al abuso sexual. En niños y niñas, los síntomas postraumáticos son ligeramente distintos a los que manifiestan los adultos, especialmente en preescolares, que suelen presentar conductas regresivas y somatizaciones -con una mayor dependencia del adulto, dificultades para conciliar el sueño, trastornos de la alimentación-, conductas agresivas -irritabilidad, rabietas, conductas oposicionistas y destructivas-, pesadillas y terrores nocturnos, sentimiento de culpa, así como la representación repetitiva del acontecimiento traumático, mediante juegos y dibujos¹⁸.

En este sentido, la utilización de instrumentos psicológicos clásicos, no creados específicamente para la evaluación de la víctima de abuso sexual, muestra grandes limitaciones en la confirmación del relato del menor e impide establecer conclusiones fiables al respecto; si bien, puede ser de gran utilidad en la intervención clínica posterior¹⁹. A su vez, el uso de técnicas proyectivas, principalmente basadas en la interpretación de dibujos del menor, ha sido criticada en múltiples estudios y su uso para la evaluación del abuso sexual infantil es desaconsejado por la comunidad científica (véase, por ejemplo, el trabajo de Allen y Tussey²⁰).

Por ello, se aboga por el uso de instrumentos validados, específicamente, con víctimas de esta experiencia y centrados en las principales características clínicas que se han observado en estos menores (para una revisión de estos instrumentos, véase el reciente trabajo de Pereda y Arch¹⁴).

Indicadores psicológicos del abuso sexual infantil a través del relato del menor

Sin embargo, no sólo los indicadores emocionales y conductuales aportan información respecto a la posible experiencia de abuso sexual infantil, sino que el relato del menor es una prueba clave, debido a la frecuente ausencia de pruebas físicas, que el

psicólogo forense debe valorar con los instrumentos adecuados. Debe tenerse en cuenta que el análisis de la credibilidad de éste, habitualmente, aporta información más determinante -en la valoración de la presencia de abuso- que la que se obtiene a partir de la evaluación de los indicadores psicológicos comportamentales o de los factores sociales²¹. Entre los instrumentos para evaluar la credibilidad del relato del menor destacan los protocolos, pautas, guías y criterios de entrevista, entre los que debe subrayarse el Análisis del Contenido Basado en Criterios (CBCA²²), por su extenso uso y aceptación. Este procedimiento consiste en aplicar a la transcripción verbal de la entrevista un conjunto de criterios que, de estar presentes, apoyan la veracidad del relato. El CBCA se basa en las hipótesis que defienden que las declaraciones realizadas por un menor sobre sucesos que realmente ha experimentado difieren de manera cuantificable de las afirmaciones falsas o producto de la fantasía²³, siendo la clave para una correcta evaluación del abuso sexual.

En este sentido, a nivel general, se considera que cuando un menor revela una situación de presunto abuso sexual, existe la probabilidad de que el abuso haya ocurrido, salvo situaciones de manipulación, presión, engaño o problemas psicológicos en el niño o niña, que siempre deben descartarse²⁴. La declaración del menor es uno de los mejores indicadores para evaluar si el abuso sexual se ha producido²⁵, sin embargo no debe olvidarse que en el marco de procesos de divorcio, o disputas sobre la custodia de los hijos e hijas, la probabilidad de falsas acusaciones intencionadas se incrementa, si bien también es cierto que éstas raramente provienen del menor designado como supuesta víctima²⁶. La falta de formación especializada de los profesionales que llevan a cabo la entrevista al menor, presunta víctima de abuso sexual, no obstante, hace que los resultados de ésta no siempre sea tan válidos como sería deseable (véase, entre otros, el trabajo con psicólogos, psiquiatras y policías finlandeses de Santtila, Korkman y

Sandnabba²⁷; o con trabajadores sociales y policías en Inglaterra y Gales de Sternberg, Lamb, Davies y Westcott²⁸). Asimismo, debe tenerse en cuenta que, en muchos casos, la falta de conocimiento de los profesionales de las técnicas de evaluación más adecuadas supone un riesgo de victimización secundaria para el menor. En estos casos, se intensifica el malestar psicológico del evaluado como consecuencia de un mal uso de los procedimientos de valoración de la credibilidad de la notificación de abuso sexual por los profesionales implicados en el proceso²⁹.

Factores de riesgo social del abuso sexual infantil

En la valoración de la sospecha de abuso sexual se tienen en cuenta diversos factores de riesgo relativos al contexto familiar de la víctima, que no pueden ser considerados indicadores directos, pero cuya conjunción puede constituir un contexto favorecedor para los abusos. A su vez, el análisis de estos factores aporta información relevante para determinar si el entorno habitual del menor puede configurarse como un contexto de protección después de la revelación del abuso, así como servir de guía para la intervención posterior con la familia. El análisis del contexto familiar suele realizarse a partir de entrevistas, visitas domiciliarias y el contacto con otros profesionales del entorno del niño o niña (e.g., profesores, pediatras, monitores) y tiene como objetivo recoger información relativa a la estructura y dinámica familiar, capacidades parentales, red de apoyo social y antecedentes de maltrato y abuso en los cuidadores.

Los estudios empíricos realizados en torno a este tema ponen de manifiesto que, entre los factores de riesgo, se encuentra que el niño resida con una sola figura parental biológica³⁰. En esta línea, constituye un factor de riesgo la presencia de una figura masculina en el hogar, sin relación de parentesco con el menor, como puede ser un padrastro³¹, pero también de otros familiares como tíos o abuelos^{6,32}. Otros factores tienen que ver con la ausencia o falta de supervisión parental adecuada, especialmente

cuando se refiere a la madre, por ejemplo en casos de enfermedad o de ocupaciones con largas jornadas laborales³³ o la que pueda derivarse del uso de drogas³⁴. Otro factor muy destacado en la literatura es la historia de abuso sexual infantil^{34,35,36} o de maltrato físico^{36,37} en la madre o en el abusador. Se ha constatado que ser víctima de abuso sexual infantil puede influir en el posterior estilo parental lo que, a su vez, puede incrementar el riesgo de abuso sexual en los hijos³⁸. Las relaciones maritales insatisfactorias³¹ o la violencia de pareja entre los cuidadores³⁷, anteriores a la detección del abuso, también parece incrementar el riesgo de éste. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, aunque se considera factor de riesgo la presencia de otros tipos de violencia en el hogar como el maltrato físico o emocional hacia el menor víctima, no debe olvidarse que también es frecuente que el abusador se muestre aparentemente protector y cariñoso³⁹. Desde la perspectiva del apego, aquellas familias en las que los roles y funciones de sus miembros están difusos, desdibujados, sustituidos o ausentes, en los que la frontera intergeneracional queda desdibujada, lo que ha venido a denominarse *parentification*, también suponen un factor de riesgo para el abuso sexual infantil⁴⁰.

La exploración del abuso sexual en la infancia: una tarea multidisciplinar

La presencia en un menor de los indicadores físicos, psicológicos y sociales expuestos no implica que el abuso sexual se haya producido, del mismo modo que su ausencia no supone que el abuso sexual no se haya producido. En este sentido, la detección de estos casos es una tarea hartamente compleja y que merece una especial atención por parte de los profesionales, a los que se les exige estar capacitados para la evaluación y la intervención con menores víctimas. La evaluación del abuso sexual infantil es, probablemente, una de las áreas dentro del ámbito clínico-forense que ha generado mayor controversia y mayores dificultades técnicas⁴¹. Sin embargo, una adecuada evaluación de la situación aumenta la probabilidad de interrumpir el abuso

sexual, de prevenir nuevos abusos, de identificar sus consecuencias y, por tanto, de dirigir la intervención de forma adecuada y mejorar el bienestar de los menores víctimas de esta situación⁴².

Siguiendo los indicadores de abuso sexual que han sido considerados significativos en los estudios al respecto, expuestos en el apartado anterior, la evaluación debe incluir a tres profesionales principales, como son el trabajador social, el médico-pediatra y el psicólogo infantil, así como la necesaria actuación del médico y el psicólogo forense en el ámbito judicial, sin perjuicio que otros profesionales puedan aportar una perspectiva enriquecedora a la información del caso.

Adaptando el modelo de los principales equipos de evaluación existentes en los hospitales españoles y observando la Figura 1, en primer lugar se requiere que alguien detecte una posible situación de riesgo o desamparo infantil, tal y como se expone en el Art. 131 sobre obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva de la Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor (BOE 17.01.96). A partir de esta primera detección y, valorando que no se trata de un caso agudo, cometido en menos de 72 horas, caso en que intervendría el médico forense por orden del Juez, el trabajador social debería llevar a cabo un análisis del entorno familiar y social del menor para poder descartar o confirmar el riesgo que presenta⁴³. En los casos más complejos, el psicólogo podría acompañarlo durante la entrevista. Este análisis permitiría un primer cribado de aquellos casos de fabulación o manipulación del menor para que reporte una situación que no se ha producido realmente, principalmente vinculados a contextos de separación o divorcio contencioso (véase el estudio de Pereda y Arch⁴⁴). Estas situaciones conflictivas suelen ser ideadas por adultos o interpretaciones erróneas del relato del menor, más que una invención deliberada de éste⁴⁵.

En caso que persistiera la sospecha de abuso sexual, el siguiente en intervenir sería el médico pediatra. La exploración completa del menor se hace necesaria, a pesar que en gran parte de estas víctimas no suelen hallarse indicadores físicos, puesto que la penetración no siempre es una conducta sexual que el victimario lleve a cabo y otras formas de comportamientos sexuales no suponen contacto físico o, en caso de suponerlo, dejan rastros físicos que desaparecen con el paso del tiempo. Esta sugerencia se fundamenta en la posibilidad de que la víctima no hubiera informado de todas las conductas sexuales en las que ha participado y pudieran detectarse algunos signos físicos o enfermedades de transmisión sexual que corroboraran su relato⁴⁶. Debe tenerse en cuenta que únicamente entre un 5 y un 23% de las chicas que manifiestan haber sufrido abuso sexual, con penetración vaginal, presentan signos físicos que permitan confirmar esta experiencia^{47,48}. Sin embargo, el papel del pediatra sigue siendo fundamental, constituyéndose en una de las pruebas más objetivas, a pesar de su escasa frecuencia, de la experiencia de abuso sexual⁴⁹.

Finalmente, si el pediatra, habiendo o no encontrado pruebas físicas, considerase que la sospecha de abuso sexual debe seguir adelante, el psicólogo pasaría a tomar el relevo, entrevistando al menor y obteniendo de éste toda la información necesaria, que debería incluir tanto la evaluación de aspectos conductuales y emocionales a través de pruebas específicas y validadas en el contexto español, como la obtención de un relato completo, grabado mediante medios audiovisuales, que permitiera, posteriormente, llevar a cabo un análisis de su contenido y veracidad (para una completa guía de la evaluación psicológica forense del abuso sexual infantil, véase Herman⁵⁰). Es importante que el menor no sea entrevistado en más de cinco ocasiones⁵¹, tanto para evitar victimizarlo secundariamente, como para no promover que modifique su relato, adquiriendo nuevos conocimientos a partir de preguntas sugestivas u omitiendo

información relevante al haber explicado lo sucedido ya en múltiples ocasiones⁵². A su vez, es importante que esta entrevista sea grabada, para evitar problemas de recuerdo e interpretación del evaluador⁵³, y llevada a cabo siguiendo uno de los múltiples protocolos de entrevista estructurada que se encuentran a disposición de los profesionales⁵⁴. Obviamente, el rol de evaluador y el rol de terapeuta deben ser independientes⁵⁵ y el entrevistador debe contar con suficiente formación y experiencia en el ámbito como para que su actuación no suponga una dificultad añadida al proceso evaluativo.

-Insertar Figura 1-

Sin embargo, el hecho que en España estos equipos se encuentren, principalmente en centros hospitalarios, y que no excluyan nuevas declaraciones del menor ante nuevos profesionales vinculados al ámbito judicial, en caso que el abuso sexual infantil se confirme, parece incrementar el riesgo de victimización secundaria en el menor⁵⁶, a pesar de que son diversas las reformas, nuevas prácticas y procedimientos que han venido implementándose en el sistema de atención a las víctimas y en el sistema judicial para mejorar la atención a los menores y reducir la victimización secundaria (véase por ejemplo, la guía ofrecida por el US Department of Justice, *Child victims and witness: A handbook for criminal justice professionals* de Turman y Poyer⁵⁷).

Son diversos los autores, entre los que nos incluimos, que abogan por que todos los profesionales implicados en el proceso de evaluación y denuncia del abuso sexual se sitúen en un espacio neutral, fuera de centros hospitalarios y administraciones, donde se lleven a cabo todos los pasos requeridos hasta conseguir una declaración del menor que, tras ser grabada, se configure en una prueba preconstituida. En este contexto, profesionales como el criminólogo entrarían a formar parte del equipo evaluador, como una figura que puede completar el informe derivado de la exploración, dados sus

conocimientos especializados del delito, la víctima y el delincuente, por ejemplo respecto a la adopción de medidas a tomar o la forma de resarcir a la víctima⁵⁸. Los *Children's Advocacy Centers* en los Estados Unidos de América desde 1985 y la *Children's House (Barnahús)* en Islandia desde 1998, posteriormente implementada en Suecia y Noruega, siguen estas directrices, disminuyendo el malestar psicológico asociado a la evaluación del abuso sexual, tanto en el menor como en su familia, mediante un entorno amigable y no amenazante, que no excluye la máxima rigurosidad y profesionalidad⁵⁹.

Conclusiones e implicaciones clínicas

La exploración del abuso sexual infantil supone un reto para cualquier profesional, que no puede ser afrontado en solitario. Es necesario que este tipo de exploraciones sean llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, que permita evaluar cada una de las áreas que se han demostrado incluyen indicadores, en muchos casos inespecíficos y poco frecuentes, que pueden ayudarnos a llevar a cabo una correcta evaluación. Una adecuada coordinación entre los profesionales del ámbito clínico o social y los médicos y psicólogos forenses, que llevarán el caso en el ámbito judicial, es imprescindible para un correcto abordaje de estas situaciones, si bien no siempre se lleva a cabo. A su vez, la falta de formación profesional es un grave problema en este tipo de casos, siendo una responsabilidad ética, moral y ciudadana disponer de la suficiente especialización y experiencia para poder llevar a cabo este tipo de exploraciones. Es más, la necesidad de formación es crucial en la obtención y evaluación de relato del menor, ya que la ambigüedad e inespecificidad de los indicadores del abuso sexual convierte el relato en una de las evidencias más importantes en estos casos, pudiendo desestimarse como prueba cuando la entrevista ha sido realizada de manera inadecuada. Por ello se aconseja que los profesionales de otras disciplinas que, debido a su trato con el menor,

detectan una posible situación de abuso se ajusten al principio de intervención mínima, teniendo en cuenta que su principal tarea es la detección y notificación al equipo o servicio que corresponda para que éste evalúe la sospecha. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que los factores de riesgo asociados al abuso sexual infantil intrafamiliar tienen cierta especificidad respecto a otras formas de maltrato infantil, ya que el principal riesgo proviene de la presencia de un adulto con intereses sexuales hacia menores, por lo que no es aconsejable basarse únicamente en protocolos de valoración genéricos.

Referencias

1. López, F. (1994). Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
2. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:328-338.
3. Stoltenborgh M, Van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment.* 2011;26(2):79-101.
4. Finkelhor D, Hotaling GT. Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. *Child Abuse Neglect* 1984;8:23-33.
5. Pereda, N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010a;12(46):273-285.
6. Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjà Ll, Petitbó Rafart MD, Ibáñez Fanés M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr.* 2001;54:243-50.
7. García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Pediatr.* 2001;54(3):267-71.
8. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child.* 2005; 90(12):1297-9.
9. Serrano García MI, Tolosa Benedicto E, Forner Navarro L. Oral lesions due to child abuse. Identification of the problem and role of the professional. *Med Oral.* 2001;6(4):276-89.
10. García-Repetto R, Soria ML. Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. *Rev Esp Med Legal.* 2011;37(3):105-12.

11. McClain N, Girardet R, Lahoti S, Cheung K, Berger K, McNeese M. Evaluation of sexual abuse in the pediatric patient. *J Pediatr Health Care*. 2000;14(3):93-102.
12. Pereda N. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Pap Psicol*. 2009;30(2):3-13.
13. Pereda N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Pap Psicol*. 2010b;31(2):143-53.
14. Pereda N, Arch M. Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: Una revisión de procedimientos e instrumentos. *Pap Psicol*. 2012;33(1):36-47.
15. Kellogg N. Clinical report- The evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*. 2009;124:992-8.
16. Kendall-Tackett KA, Williams LM., Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*. 1993;113(1):164-180.
17. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatr*. 1985;66(4):530-541.
18. Tareen A, Garralda ME, Hodes M. Post-traumatic stress disorder in childhood. *Arch Dis Childhood-E*. 2007;92:ep1-ep6.
19. Waterman J, Lusk R. Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 1993;17(1):145-159.
20. Allen B, Tussey C. Can projective drawings detect if a child experienced sexual or physical abuse?: A systematic review of the controlled research. *Trauma Violence Abus*. 2012;13(2):97-111.
21. Malloy LC, La Rooy DJ, Lamb M E, Katz C. Developmentally sensitive interviewing for legal purposes. En: Lamb ME, La Rooy DJ, Malloy LC, & Katz C,

- editors. *Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice*. 2nd ed. Chichester: Wiley; 2011. p. 1-13.
22. Steller M, Wolf T. Realkennzeichen in kinderaussagen: Empirische Grundlagen der kriterienorientierten Aussageanalyse. [Credibility criteria for children's testimonies: Empirical foundations for a criterion-oriented analysis of testimonies]. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*. 1992;39(1):151-70.
23. Masip J, Garrido E, Herrero C: El Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2003;15(1):75-92.
24. Dammeyer MD. The assessment of child sexual abuse allegations: Using research to guide clinical decision making. *Behav Sci Law*. 1998;16(1):21-34.
25. Conte JR. Has this child been sexually abused? Dilemmas for the mental health professional who seeks the answer. *Crim Justice Behav*. 1992;19(1):54-73.
26. Trocmé N, Bala N. False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse Neglect*. 2005;29:1333-1345.
27. Santtila P, Korkman J, Sandnabba KN. Effects of interview phase, repeated interviewing, presence of a support person, and anatomically detailed dolls on child sexual abuse interviews. *Psychol Crime Law*. 2004;10(1):21-35.
28. Sternberg KJ, Lamb ME, Davies GM, Westcott H L. The memorandum of good practice: Theory versus application. *Child Abuse Neglect*. 2001;25:669-81.
29. Conte JR. *Critical issues in child sexual abuse*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
30. Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse Neglect* 1997;21:1-9.

31. Black DA, Heyman RE, Slep AMS. Risk factors for child sexual abuse. *Aggress Violent Beh.* 2001;6:203-229.
32. Margolin L. Child sexual abuse by uncles. *Child Abuse Neglect.* 1994;18(3):215-24.
33. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect.* 1993;17:67-70.
34. McCloskey LA, Bayley JA. The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *J Interp Viol.* 2000;15(10):1019-35.
35. Faller KC. Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse Neglect.* 1989;13:543-48.
36. Whitaker DJ, Le B, Hanson RK, Baker CK, McMahon PM, Ryan G, Klein A, Rice DD. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse Neglect.* 2008;32:529-48.
37. Bowen, K. Child abuse and domestic violence in families of children seen for suspected sexual abuse. *Clinical Pediatrics.* 2000;39:33-40.
38. DiLillo D, Damashek A. Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment.* 2003; 8:319-333.
39. Levenson JS, Morin JW. Risk assessment in child sexual abuse cases. *Child Welfare.* 2006; LXXXV(1):59-82.
40. Alexander PC. Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(2):185-195.
41. Pons-Salvador G, Martínez A, Pérez M, Borrás JJ. Claves para la evaluación del abuso sexual infantil. Comunicación presentada en el VIII Congreso Español de Sexología y II Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología, Santander, España; 2004.

42. Laraque G, DeMattia A, Low C. Forensic child abuse evaluation: A review. *Mt Sinai J Med.* 2006;73(8):1138-47.
43. Palusci V, Cox E, Shatz E, Schultze J. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Neglect.* 2006;30(4):367-80.
44. Pereda N, Arch M. Abuso sexual infantil y síndrome de alienación parental: Criterios diferenciales. *Cuad Med Forense.* 2009;15(58):279-87.
45. Brown T, Frederico M, Hewitt L, Sheehan R. The child abuse and divorce myth. *Child Abuse Rev.* 2001;10:113-24.
46. Hobbs C. Physical evidence of child sexual abuse. *Eur J Pediatr.* 2012;171(5):751-5.
47. Adams A, Knudson S. Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150:850-7.
48. Berenson AB. A case-controlled study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:820-34.
49. Palusci V, Cox E, Cyrus T, Heartwell S, Vandervort F, Pott E. Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Arch Pediatr Adol Med.* 1999;153(4):388-92.
50. Herman S. Improving decision making in forensic child sexual abuse evaluations. *Law Human Behav.* 2005;29(1):87-120.
51. Carnes CN, Nelson-Gardell D, Wilson C, Orgassa UC. Extended forensic evaluation when sexual abuse is suspected: A multisite field study. *Child Maltreatment.* 2001;6:230-242.
52. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Psy.* 1997;36:423-42.

53. Ceci, SJ, Bruck, M. Why judges must insist on electronically preserved recordings of child interviews. *Court Review*. 2000;37:10-12.
54. Orbach Y, Hershkowitz I, Lamb ME, Sternberg KJ, Esplin PW, Horowitz D. Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse Neglect*. 2000;24(6):733-52.
55. Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law Human Behav*. 1991;15:655-65.
56. Berliner L, Conte JR. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse Neglect*. 1995;19(3):371-84.
57. Turman KM, Poyer KL. *Child victims and witness: A handbook for criminal justice professionals*. Washington, DC: US Department of Justice; 1998.
58. Climent Durán C, Garrido Genovés V, Guardiola García J. *El informe criminológico forense*. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2012.
59. Jones LM, Cross TP, Walsh WA, Simone M. Do Children's Advocacy Centers improve families' experiences of child sexual abuse investigations?. *Child Abuse Neglect*. 2007;31:1069-85.
60. Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Ortiz Rodríguez J, Macías Borrás C, Comas Masmitja L, Luaces Cubell L, Pou Fernández J. Abuso sexual infantil características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2008;20(3):173-8

Figura 1. Modelo de exploración adaptado de la Unidad Funcional de Abusos a Menores (Hospital de Sant Joan de Déu)⁶⁰

