

Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica

Dra. Corina Araceli García-Piña *, Dr. Arturo Loredó-Abdalá **, Dr. Jorge Trejo Hernández ***, Dra. Abigail Casas Muñoz ****

RESUMEN

La violación sexual se define como la penetración vaginal, anal u oral con el pene o cualquier otro objeto; se caracteriza por la forma abrupta en que ocurre, el uso de violencia física y emocional y el control de la situación utilizando la fuerza.

Los pacientes que han sufrido violación sexual se convierten en una urgencia médica que requiere atención inmediata, de ser posible, en las primeras 24 a 72 horas, ya que hay graves riesgos a la salud debido a las lesiones externas e internas o riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS). Los Centros de Detección y Control de Enfermedades (CDC) señalan que la máxima eficacia de la profilaxis contra el VIH se obtiene cuando se administra en las primeras 24 a 72 horas post exposición.

Palabras clave: Violación sexual, abuso sexual, infecciones de transmisión sexual, violencia física, urgencia médica.

ABSTRACT

Sexual rape is defined as vaginal, anal or oral sex with violent and forceful penetration of the penis or of any other object. Patients who have been raped are a medical emergency which requires immediate attention, if possible, within 24 to 72 hours, since there is the risk of sustaining external and internal injuries and of acquiring a sexually transmitted infection (STI). Detection and Centers for Disease Control (CDC) have reported that the maximum effectiveness of HIV prophylaxis is obtained when given within the first 24 to 72 hours post exposure.

Key words: Rape, sexual abuse, sexually transmitted diseases, violence, medical emergency.

- * Médico pediatra, investigador, especialista en el estudio de la violencia infantil, maestría en psicoanálisis, Adscrito
** Médico Internista pediatra, especialista en el estudio de la violencia infantil, Coordinador
*** Médico Internista pediatra, investigador, especialista en el estudio de la violencia infantil,
**** Médico pediatra, investigador, maestría en Ciencias en Investigación Clínica
Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM).

Correspondencia: Dra. Corina Araceli García-Piña. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, colonia Insurgentes Cuicuilco. Delegación Coyoacán, México, DF CP 04530. Tel: 01 84 09 00 Ext. 1411 y 1413. Correo electrónico: corinagarcia_9@yahoo.com.mx

Recibido: febrero, 2013
Aceptado: mayo, 2013

Este artículo debe citarse como: García-Piña CA, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Casas-Muñoz A. Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica. Acta Pediatr Mex 2013;34:288-294.

www.nitoeditores.com.mx

El abuso sexual infantil es una grave violación a los derechos de las niñas, niños y adolescentes; un quebrantamiento a su dignidad, a su integridad física y emocional. Esta forma de maltrato implica la imposición de actos sexuales contra la voluntad del niño; se lleva a cabo a través de la manipulación, el engaño, las amenazas, la intimidación o la violencia física.

La Organización Mundial de la Salud define al abuso sexual infantil como la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente y en la que no es capaz de dar su consentimiento. Ocurre cuando el acto tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o su desarrollo físico tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder.¹

El estudio clínico de la violencia sexual tiene dos variantes: el abuso sexual infantil y la violación. La diferencia entre estos dos conceptos se basa en las cir-

cunstancias y manifestaciones clínicas que tiene cada forma. Para brindar una atención médica especializada es necesario conocer la diferencia entre las dos.¹

El abuso sexual tiene lugar cuando el niño es sometido por otra persona a prácticas sexuales que no corresponden a su desarrollo y que en ningún momento puede dar su consentimiento. Estas prácticas se caracterizan por tocamientos o caricias sexuales, peticiones para realizar actividades sexuales, exhibicionismo, exposición o uso del menor para generar material pornográfico. Puede haber penetración, pero generalmente ocurre después de algún tiempo -meses o años- en que el agresor ha utilizado la seducción, el engaño, la confianza o las amenazas para agredir al menor; por lo general no está involucrada la fuerza física. En estos casos las manifestaciones emocionales caracterizan el cuadro clínico y es frecuente que no haya lesiones físicas.^{2,3}

La violación sexual se define como la penetración vaginal, anal u oral con el pene o cualquier otro tipo de objeto, en forma abrupta, con violencia física y emocional y control de la situación mediante el uso de la fuerza. Este tipo de abuso se identifica por la presencia de lesiones en el área genital, anal o en otras regiones del cuerpo y por acompañarse de manifestaciones emocionales de ansiedad o estrés agudo.⁴

Estas dos variantes tienen manifestaciones físicas y emocionales diferentes; por ello, los médicos tienen la responsabilidad de conocer la forma de presentación y el tipo de atención que requiere cada una, para lo que es necesario contar con los conocimientos y herramientas.

Una diferencia importante entre las dos radica en la penetración -ya sea con el pene o algún otro objeto- y en la forma abrupta y violenta de llevarlo a cabo.^{4,7}

La violación sexual conlleva mayores niveles de agresión física que el abuso sexual, pero no significa que tenga mayores consecuencias, ya que tanto la violación como el abuso sexual pueden afectar seriamente el desarrollo biopsicosocial de los niños y los adolescentes.⁷ La violencia sexual, además de ser un grave problema de salud pública, es una transgresión de los derechos humanos y un delito contra la libertad sexual.

Incidencia

La magnitud del problema no se conoce con precisión ya que sólo se cuenta con información de los casos notificados.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud un millón y medio de personas murieron como consecuencia de la violencia, hubo una muerte por cada 3,500 personas; una de cada cuatro mujeres fue víctima de violencia sexual; una de cada tres adolescentes sufrió agresión sexual violenta; 79% de las víctimas de violencia sexual fueron mujeres, 81% fueron agredidas por familiares o conocidos, la tercera parte de las víctimas eran menores de 16 años.⁸

En Estados Unidos de América hay 75,000 víctimas de violación al año, con una tasa de 28.8 por cada 100,000 habitantes. Se estima que el total de violaciones no registradas varía de dos a diez veces dicha cifra, de tal manera que ésta podría ascender a 750,000 violaciones anuales. En relación a las características del evento, aproximadamente 50% de los agresores por violación es conocido de sus víctimas y con frecuencia pertenece a su familia, esto es especialmente importante en las víctimas menores de diez años y en jóvenes de 13 a 19 años.⁹

En España las agresiones por violación son poco denunciadas, quizás porque en 74% de los casos la víctima conocía a su agresor. En Colombia durante 1994 se notificaron 30 delitos sexuales diarios, es decir, cerca de 11,000 anuales, con una tasa de 31.9 por 100,000 habitantes.¹⁰

En México, existen pocos estudios al respecto, y ha sido difícil conocer más a fondo este fenómeno. En la Ciudad de México, según estudios de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal se comete un promedio de 6.3 delitos sexuales por día. El promedio de violaciones es de 3.4 diarias. Estos datos sólo se refieren a las violaciones denunciadas.¹¹

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) informa que en el 2010 se recibieron 18,012 denuncias por maltrato infantil, de las cuales alrededor de 5% correspondería a denuncias por abuso sexual infantil, lo que significaría 900 denuncias al año aproximadamente. El 77% de las víctimas son niñas y el promedio de su edad es de cinco a siete años; de estas, 31% fue víctima de violación y el resto de otras formas de abuso sexual.¹²

La violación sexual como urgencia médica

Es necesario que proveedores de los servicios de salud cuenten con la información necesaria para atender y limitar en lo posible y de manera inmediata, mayores daños a la salud causados por este tipo de agresión, así mismo, apoyar a quienes la padecen, garantizar su seguridad y promover su recuperación.

Los pacientes que han sufrido violación sexual son una urgencia médica que requiere atención inmediata, de ser posible, en las primeras 24 a 72 horas debido a los graves riesgos a la salud debidos a las lesiones externas e internas, y al riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) como gonorrea, sífilis, Chlamydia, tricomonas, hepatitis B o VIH.

En este tipo de abuso, la penetración se ha llevado a cabo de manera forzada y violenta ocasionando desgarramiento de las paredes vaginales o anales y debido a que son zonas anatómicas muy vascularizadas, aumenta el riesgo de contagio. Esto mismo puede suceder cuando la violación es por vía oral.^{4,8,13,14}

Los Centros de Detección y Control de Enfermedades (CDC) señalan que la máxima eficacia de la profilaxis contra el VIH se obtiene cuando se implementa en las primeras 24 a 72 horas post exposición.¹⁵ Otro aspecto clínico es que la cicatrización de la mucosa genital es rápida; se inicia los primeros tres días después de la agresión; por esta razón es posible perder datos que pueden ser de gran ayuda para la denuncia.

Las consecuencias de una violación sexual son diversas. En la esfera sexual y reproductiva, afecciones a corto plazo, como lesiones vaginales, anales, orales o en cualquier área del cuerpo; dolor, hemorragias, infecciones de transmisión sexual o de las vías urinarias y embarazo. La agresión sexual también puede ser causa de muerte. A largo plazo pueden presentarse problemas como enfermedad pélvica inflamatoria crónica, esterilidad secundaria, SIDA, disfunciones sexuales diversas.^{3,7,8,15}

En el aspecto mental ocurren manifestaciones a corto plazo como estrés agudo o ansiedad. A mediano y largo plazo puede presentarse trastornos mentales diversos como estrés postraumático, depresión, ideación, intentos o suicidios consumados, entre otras.^{9,16,17}

Importancia de una atención médica especializada

La atención médica debe formar parte de un conjunto de acciones especializadas cuyo objetivo principal será diagnosticar y tratar adecuadamente los síntomas, las lesiones, daños o patologías de cada paciente; tendrán que realizarse considerando la integridad de la persona, abordando además los aspectos relacionados con la salud mental y social.¹⁸⁻²⁰

La atención médica oportuna y de calidad, tiene un impacto positivo y significativo en la reducción de con-

secuencias y prevención de complicaciones que afectan la calidad de vida por los daños biológicos, emocionales y sociales.

El conocimiento respecto a las formas en que ocurre esta forma de abuso puede prevenir este grave problema. Es frecuente que el médico sea el primer contacto, lo cual implica un gran compromiso y responsabilidad para ejercer nuestra práctica con sentido ético y humanista a fin de evitar mayor daño al paciente y su familia.

Atención médica en el primer contacto

Los pacientes que han sido víctimas de violación sexual requieren atención médica -en lo posible- dentro de las primeras 72 horas.^{2,4,14}

Si el paciente llegó en las primeras 72 horas requiere ser hospitalizado para ser examinado, tomar muestras, asegurar un esquema de tratamiento médico profiláctico y notificar a la autoridad las lesiones.

Cuando han pasado semanas o meses de la agresión, se recomienda no hospitalizar al paciente; solamente brindar atención en citas programadas.

1. ENTREVISTA.^{2, 20, 22}

- Utilizar un lugar privado (consultorio)
- Informar al familiar y al paciente, que se les brindará apoyo, acompañamiento y atención médica.
- **NO** entrevistar al paciente; solo presentarse con él o ella y explicarle que se le harán algunas preguntas a su madre (o familiar que lo acompaña), y que se les brindará apoyo en todo momento.
- En caso de que el paciente quiera hablar, hay que escucharlo con atención y respeto. Es posible hacer preguntas inespecíficas como ¿Quieres decir algo? Informarle que estará acompañado de su madre o familiar que lo acompaña, en todo momento". No hacer preguntas directas sobre lo ocurrido, ya que pueden causar revictimización: recordar y vivenciar nuevamente la agresión.
- Si la entrevista se realiza sólo con el familiar se hará de una manera amable y respetuosa sin emitir comentarios o juicios.
- Obtener datos sobre el posible mecanismo de la agresión, de los síntomas físicos, emocionales y sobre el probable agresor.

3. INFORMACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE ^{2, 21}

- Al terminar la entrevista informar al familiar y al paciente el apoyo que se le brindará: La atención médica que consiste en examinar al paciente, administrarle medicamentos para prevenir infecciones, analgésicos; se tomarán muestras para realizar exámenes con el fin de detectar una posible infección de transmisión sexual (ITS).
- Se les informará que se brindará atención y apoyo médico en todo momento. Si la institución cuenta con área de salud mental –psiquiatría o psicología– solicitar atención inmediata.
- Se informará al paciente y al familiar que pueden tener la confianza de expresar cualquier duda o comentario en todo momento.
- Informar que para realizar el examen físico y la toma de muestras se requiere la autorización de la madre o el familiar que acompaña al paciente por medio de un formato de consentimiento informado. El formato deberá estar firmado por el padre, madre, tutor o acompañante y el médico de base.

4. EXAMEN FISICO. ^{2, 6, 13}

- El paciente debe ser examinado sólo una vez, salvo por necesidad médica, cuando hay lesiones, sangrado activo o haya que realizar una intervención quirúrgica.
- Explicar al familiar y al paciente de manera amable y respetuosa el procedimiento: informarle que se hará un examen físico; que estará acompañado en todo momento de su madre (o persona que lo acompaña) y en caso de alguna duda o molestia, podrá expresarlo.
- Se realizará el examen en un lugar privado (cuarto clínico). El paciente siempre debe estar acompañado del familiar y de una enfermera. Sólo estarán presentes el médico de base y en su caso, el residente que atiende al paciente o el de mayor jerarquía.
- Se mostrarán al paciente y al familiar los guantes, lámpara, gasas, hisopos o cualquier instrumento que se utilice en la revisión y toma de muestras.
- Durante el examen, nunca emitir comentarios sobre el paciente, el agresor o cuestiones relacionadas con el diagnóstico. Se limitará a realizar el procedimiento.
- El examen se realizará de manera ordenada y de forma cefalocaudal en busca de otras lesiones como escoria-

ciones, quemaduras, equimosis. Al final, se revisarán los genitales.

- En caso de sospecha de agresión oral, se realizará un examen minucioso en busca de lesiones en labios, encías, lengua, carrillos, piezas dentales o faringe.
- No está indicado realizar colposcopia o rectoscopia, excepto en casos de sangrado profuso y sospecha de lesión interna. En tal caso, el paciente requiere ser examinado bajo sedación.
- Se registrarán los datos en un expediente y se describirán las lesiones detalladamente: tipo de lesión, profundidad, coloración, localización anatómica. En lesiones de la vulva o de la región anal se debe describir su localización de acuerdo a las manecillas del reloj.
- Cuando han pasado semanas o meses de la agresión, la indicación para realizar un examen físico será si existen síntomas de una ITS, lesiones, secreción o sangrado, o para examinar secuelas de la forma y tipo de cicatrización.

5. TOMA DE MUESTRAS. ^{4, 5, 8, 23-25}

- Explicar al paciente y al familiar que se tomarán muestras para determinar la posibilidad de ITS. Se les mostrarán los hisopos o torundas y se les informará que no se ocasionará dolor.
- En los (as) pacientes que hayan sufrido penetración vaginal, anal u oral tomar muestras del área correspondiente para cultivos o examen en fresco en busca de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *trichomona vaginalis*; así como, de espermatozoides y otros tejidos.
- Solicitar examen general de orina y urocultivo.
- Cuando se encuentren otros tejidos como vellos, cabellos, uñas, etc. se conservan en una gasa seca y se colocan en una bolsa de plástico rotulada.
- Las muestras de vagina o región anal se toman con un hisopo o torunda estériles, humedecidos en solución fisiológica (no sumergidos). La muestra se toma de la zona externa, sin introducir el hisopo.
- Las muestras se colocan en un tubo de ensayo seco y rotulado con el nombre y número de expediente y se envían inmediatamente al laboratorio o se conservan en refrigeración.
- Tomar el estudio en fresco. Hacer un frotis de la muestra en un portaobjetos y secarlo al aire. El portaobjetos

debe envolverse en papel seco y enviarse al laboratorio o colocarse en una bolsa plástica rotulada.

- Se tomará muestra de sangre para solicitar VDRL, ELISA para VIH y hepatitis B.
- Después de tomar los estudios de sangre se recomienda instalar una venoclisis para administrar antibióticos y analgésicos intravenosos. Se prefiere no lastimar al paciente administrando antibióticos o analgésico por vía intramuscular.
- Cuando hay sospecha de uso o administración de drogas, hay que tomar una muestra de orina o de sangre para estudio toxicológico y detectar cocaína, heroína, marihuana, tranquilizantes, ansiolíticos.
- Conservar la ropa del paciente en una bolsa rotulada con su nombre, número de expediente y tipo de prenda que deberá estar disponible si es solicitada por las autoridades.
- Cuando exista la sospecha de embarazo solicitar cuantificación de gonadotropina coriónica o realizar un ultrasonido ginecológico.
- En caso de haber pasado semanas o meses de la agresión, los estudios se solicitarán en el área de laboratorio de manera programada.
- Seguimiento. En todos los casos se deben repetir los estudios en busca de una ITS, con intervalo de seis meses y un año después de la agresión sexual.

6. REGISTRO EN EL EXPEDIENTE

- Anotar en el expediente en forma detallada los datos encontrados en el examen físico. Se pueden realizar dibujos de la zona anatómica lesionada.
- Se registrará el diagnóstico médico como “Probable violación sexual”. Aunque el médico cuente con todos los elementos clínicos, el diagnóstico definitivo se registrará en el expediente hasta que la autoridad correspondiente haya realizado las evaluaciones correspondientes.

7. TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Todo paciente con lesiones requiere analgésicos
- Metamizol. (10 mg/kg/do) o
- Ketorolaco. Niños mayores de tres años 1 mg/kg/do cada seis horas

TRATAMIENTO PROFILACTICO PARA ITS. ^{8,14,15,26,27}

- Todos los pacientes con antecedente de penetración, contacto con secreciones del agresor o lesiones, deben recibir tratamiento profiláctico para las ITS más frecuentes. (Cuadro 1)
- El tratamiento profiláctico se administra en las primeras 72 horas.
- Si han pasado semanas o meses de la agresión, se solicitarán estudios de laboratorio para descartar ITS de forma programada; de acuerdo a los resultados se debe dar tratamiento específico.

8. ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA. ^{2,29}

- Todas las adolescentes en edad reproductiva deben recibir anticonceptivos de emergencia en las primeras 72 horas. Después de este tiempo no tienen efecto.
- Levonorgestrel comprimidos de 0.75 mg.
- Dosis: un comprimido en el momento y otro 12 horas después.
- Nombres comerciales: Glanique, Postday, Vika, Postinor2

9. TOXOIDE TETÁNICO. ⁸

- Su aplicación se valora de acuerdo a la edad y esquema de vacunación.
- Aplicar Td (toxoides tetánico-diftérico) en niños menores de 12 años que no tengan un esquema de vacunación completo.
- Todos los niños mayores de 12 años requieren aplicación de Td.
- Dosis: dos aplicaciones con intervalo de un mes y un refuerzo al año.

10. HEPATITIS B. ⁸

- Valorar aplicación de acuerdo a esquema de vacunación (Cuadro 2)
- Si se sabe que el agresor es portador de hepatitis B o se detecta la infección en el paciente y no está vacunado, debe recibir gammaglobulina específica (IgHB).
- Dos dosis: 0.06 mL/kg, con un mes de intervalo entre cada una. Debe ser aplicada en las primeras 72 horas

Cuadro 1. Tratamiento profiláctico para ITS

<i>Infección potencialmente prevenible</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>
Gonorrea sífilis	Ceftriaxona	- Menores de 12 años: 20-80 mg/kg, IV, dosis única (dosis máxima 250 mg) - Mayores de 12 años: 125 a 250 mg, IV, dosis única Nota. En caso de aplicar por vía intramuscular, administrar la presentación con xilocaína
Chlamydia	Azitromicina	- Menores de 12 años: 20 mg/kg, vía oral, dosis única. (dosis máxima 1 g) - Mayores de 12 años: 1 g, vía oral, dosis única.
Trichomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazol	- Menores de 12 años: 15mg/kg/do, cada 8 h por 7 días. (dosis máxima 2 g) - Mayores de 12 años: 2g vía oral, dosis única o 1 g cada 12 h por un día
	Zidovudina (AZT)	240 mg/sc2 X día cada 12 h 30 días. No exceder la dosis de 200 mg cada 6 horas
VIH Triple esquema	Lamivudina	4 mg/k/do cada 12 h 30 días. No exceder 150 mg en cada toma
	Lopinavir/ritonavir	Niños de 15 a 40 kg: 10 mg/kg. de lopinavir y 2.5 mg/kg. de ritonavir c/12 h. La dosis máxima en un niño con un peso mayor de 40 kg es: 400 mg de lopinavir y 100 mg de ritonavir c/12 h.

Cuadro 2.

<i>Estado de vacunación</i>	<i>Recomendación</i>
Sin vacunación previa o vacunados sin títulos de anticuerpos conocidos	Tres dosis: Al contacto, al mes y a los 6 meses
Vacunación incompleta	Completar esquema
Vacunación completa	No vacunar

después del contacto. La inyección se administra lentamente por vía intramuscular. En caso de requerir dosis totales superiores a 5 ml, se recomienda administrar en varias aplicaciones en diferentes áreas.

- Cada ampolla contiene 5 mL. Una vez abierta, el contenido deberá utilizarse inmediatamente o desecharse.

11. VALORACION QUIRURGICA. ⁴

- En caso de lesiones importantes como laceración de segundo o tercer grado, fístula recto-vaginal, sangrado activo, solicitar atención por el equipo quirúrgico.

12. NOTIFICACION DE LAS LESIONES.

- Notificar las lesiones a la autoridad. Anotar la versión con el nombre de la persona que informa. Describir las lesiones de manera detallada. El diagnóstico se anotará como probabilidad.

13. SEGUIMIENTO

- Al egreso todo paciente deberá recibir seguimiento estrecho que será establecido por las características individuales de cada caso. Se recomienda dar citas de seguimiento médico cada semana durante el primer mes; posteriormente las consultas pueden variar -cada dos o tres semanas- de acuerdo a la evolución del paciente.
- Todos los pacientes recibirán atención psiquiátrica o psicológica durante la hospitalización y al egreso. Si la institución no cuenta con área de salud mental, se recomienda referir al paciente y su familia a las instituciones especializadas.

Conclusiones

La violación sexual implica una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño. Es una experiencia traumática que suele ser vivida como un atentado a su integridad. El paciente que haya sufrido esta forma de maltrato, requiere atención inmediata con un enfoque interdisciplinario en el que cada profesional (médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social) brinde atención profesional y especializada con gran sentido humanista.

La violación sexual a un niño o adolescente implica un ataque a su cuerpo, a su estado psicológico, a su sexualidad; a su integridad, en donde su dignidad y libertad se ven afectados en grado variable. La atención inmediata al paciente y su familia es responsabilidad pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Definition of Child Abuse. Taken from the Report on the Consultation on Child Abuse Prevention Geneva 1999. Available in: www.yesican.org/definitions/who.html
2. García-Piña C, Loredo-Abdalá A, Gómez-Jiménez M. *Guía para la atención del abuso sexual infantil*. Acta Pediatr Mex. 2009;30(2):94-103.
3. Echeburúa, P. de Corral. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood *Cuad Med Forense*. 2006;12:75-82
4. Lewis T, Klettke B. *Medical evidence in child sexual assault cases*. *Journal of Criminal Psychology* 2012;2:140-152.
5. Fortin K, Carole Jenny. Sexual abuse. *Pediatrics in Review* 2012; 33: 19-32
6. Joice AA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:163-72.
7. Callahan K.L, Price JL, Hilsenroth MJ. Psychological assessment of adult survivors of childhood sexual abuse within a naturalistic clinical sample. *Journal of Personality Assessment* 2003; 2: 173-84.
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manejo de la violencia sexual en redes de servicio de salud. Manual de normas y procedimientos. Ginebra: OPS/OMS, 2005.
9. Berliner L. Child sexual abuse. Definitions, prevalence and consequences. In: Myers JEB, ed. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2011:215-232
10. Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect* 2007;31: 417-426.
11. Gómez-Dantés H, López-Moreno S, Meneses González F, Fernández-Cantón S. Los retos de la transición. Lesiones, una realidad accidentada. México DF, cuadernos de salud. Secretaría de Salud. 1994; 4:73.
12. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (DIF). Concentración de datos estadísticos de menores maltratados. México 2010.
13. Gavril AR, Kellogg ND, Prakash Nair. Value of Follow-up Examinations of Children and Adolescents Evaluated for Sexual Abuse and Assault *Pediatrics* 2012; 129:2 282-289.
14. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva World Health Organization 2003; 75-143.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Antiretroviral post exposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. *MMWR* 2005; 54:2-3.
16. Romano E, De Luca R.V. Male sexual abuse: a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behaviour*. 2001; 6: 55-78
17. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(7): 647-657
18. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Subject Review. *Pediatrics* 1999; 3:186-190.
19. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat*. 2005;10:5-25
20. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva World Health Organization 2003;75-143.
21. Sorensen T, Snow B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*. 1991;70:3-15
22. Ludwig S. Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. *Arch Pediatr Urug* 2001;72:S45-S54.
23. Enos W, Conrath TB, Byer J. Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics*, 1986; 78 385-98.
24. Christian CW, Lavelle JM, DeJong AR. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000;106:10024.
25. Black CM, Driebe EM, Howard LA, et al. Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28(7):608-613
26. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR*. 2010;59 (No. RR-12):1-110. Available at: <http://www.cdc.gov/std/treatment/>
27. Havens PL; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics*. 2003;111(6 pt 1):1475-1489
28. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics*. 2005;116(4):1026-1035