

12. ASPECTOS MEDICOS EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

CAROLE JENNY

El personal médico desempeña un papel importante en el diagnóstico y el tratamiento del abuso sexual infantil. Los médicos y enfermeras están en una buena posición para detectar signos tempranos de abuso sexual cuando obtienen los antecedentes de la historia médica y examinan a los niños, y durante las interacciones con los niños y los miembros de sus familias. Desgraciadamente, el personal médico no siempre está entrenado para diagnosticar el abuso sexual infantil. Sin embargo, con una capacitación apropiada, los médicos, enfermeras y otros personal de salud pueden estar más alertas para detectar este problema y sentirse más cómodos para tomar medidas para resolverlo (Socolar, Champion & Green, 1996).

Como profesionales comprometidos con el bienestar de sus pacientes, el personal de salud tiene el deber de identificar a los niños que han sido víctimas de abuso sexual y garantizar su seguridad (ver Finkel & Giardino, 2002; Reece & Ludwig 2001; y Reece, 2000).

Visión general de los papeles de los profesionales de la salud

Identificación primaria. Debido a que la mayoría de los niños obtiene atención de salud durante la infancia y la adolescencia, el personal de salud tiene contacto regular y repetido con niños. En el caso de los lactantes y niños pequeños que no asisten a colegios o centros de cuidado infantil durante el día, las visitas médicas pueden representar la única oportunidad para que un adulto ajeno a la familia interactúe con el niño. Por consiguiente, la consulta médica es un entorno importante para la identificación primaria del abuso infantil. Buscar signos de abuso debiera ser una característica regular de los controles de niño sano (Jenny, Sutherland & Sandahl, 1986).

Notificación. Los médicos y las enfermeras tienen el mandato de informar sobre el abuso infantil en todos los estados (ver Capítulo 20 y 22 de este libro sobre una discusión detallada de la ley de notificación). Sin embargo, las notificaciones de médicos de los centros de salud primaria son poco frecuentes (Flaherty, Sege, Binns, Mattson & Christoffel, (2000).

Hablar con los niños. Los pediatras, los profesionales de medicina familiar, enfermeras y auxiliares tiene una extensa experiencia en comunicarse con los niños. El personal médico debe sentirse cómodo preguntando a los niños sobre experiencias adversas, incluido el abuso. A pesar de que los profesionales médicos se sienten cómodos interrogando a los niños, la mayoría tiene escasa capacitación sobre las implicancias forenses de la entrevista. Para una discusión detallada sobre la entrevista, ver el Capítulo 18 de este libro. Para una discusión sobre la importancia legal de documentar las declaraciones de los niños que

describen el abuso, ver Capítulo 16 de este libro (también ver Myers, 1997, 2000, 2001, 2002).

Examen físico y diagnóstico. Los niños que son abusados sexualmente algunas veces se quejan de problemas físicos y puede haber signos que ayudan a diagnosticar el abuso. Después de que el niño ha revelado el abuso, es importante examinar cuidadosamente al niño para detectar evidencia de abuso y tranquilizar al niño. Aun cuando no es frecuente de encontrar en los niños que han sido abusados sexualmente (Berenson et al., 2000), la evidencia física puede ser una confirmación poderosa de la historia del niño y es una de las pocas maneras de diagnosticar el abuso en niños que aún no hablan.

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Durante los exámenes médicos de los niños abusados sexualmente, los médicos pueden identificar enfermedades de transmisión sexual. Todas las enfermedades de transmisión sexual que se encuentran en adultos pueden ser transmitidas a los niños. Estas enfermedades pueden afectar la salud física y psicológica de los niños y la salud de sus sistemas reproductores, e incluso pueden amenazar sus vidas.

Diagnóstico y manejo del embarazo. El abuso sexual o la violación de niñas adolescentes puede tener como consecuencia un embarazo. El manejo de estos embarazos es complicado debido el estrés psicológico severo de la adolescente embarazada. El diagnóstico oportuno aumenta las opciones disponibles para al adolescente embarazada.

Recolección de evidencia forense. Particularmente en los servicios de urgencia, el personal tiene la oportunidad de atender a un niño que ha sido atacado sexualmente dentro de horas o días antes de la consulta. En estos casos, el examinador puede tomar muestras para análisis forense para ayudar a identificar al autor.

Reconocer los problemas psicológicos, conductuales y psicosomáticos que son consecuencias del abuso. El abuso sexual frecuentemente produce una enfermedad emocional o física (ver Capítulo 3 de este libro). La depresión, estados de disociación, trastorno de estrés postraumático, y trastornos de conducta sexual son cuadros que pueden ser reconocidos por el personal médico, que conducen a un tratamiento psicofarmacológico o a una interconsulta para recibir psicoterapia. Los trastornos psicosomáticos como la enuresis, la encopresis y el síndrome de dolor crónico pueden ser diagnosticados y tratados.

Registrar la información en la historia médica. La documentación precisa y completa de los aspectos médicos de los casos de abuso sexual es fundamental para conservar la evidencia física y verbal del abuso. La documentación deberá incluir dibujos, descripciones y fotografías, o videos de los hallazgos físicos. También se deberá documentar detalladamente la historia y las declaraciones del niño. Para una discusión sobre las implicancias legales de las declaraciones de los niños que describen el abuso, ver Capítulos 16 y 18 de este libro.

Participar en equipos multidisciplinarios dedicados al abuso infantil. Muchas comunidades reúnen equipos multidisciplinarios para proteger a los niños de abuso y descuido. Estos equipos ofrecen a los médicos y a las enfermeras oportunidades importantes para coordinar la atención del niño con otros organismos y participar en los esfuerzos comunitarios para garantizar la seguridad del niño. El aporte médico a estos equipos es fundamental para transmitir información sobre casos y explicar el significado de los hallazgos médicos (Hoshstadt & Harwicke, 1985).

Identificación primaria de niños abusados sexualmente

El diagnóstico de abuso sexual en el entorno médico puede ser difícil. Rara vez se hace el diagnóstico debido a signos físicos evidentes. Ocasionalmente, el padre o el niño presentan la queja de abuso, pero con mayor frecuencia el diagnóstico es “enmascarado” y el niño presenta trastornos de conducta, una enfermedad física producida por el abuso, o problemas psicossomáticos o emocionales (Hunter, Kilstrom, & Loda, 1985; Massie & Johnson, 1989).

El abuso sexual de niños se asocia con una amplia variedad de problemas emocionales y conductuales (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Para una discusión sobre abuso sexual ver Capítulos 3 y 4 de este libro. Sin embargo, ninguno de estos problemas relacionados con el abuso son diagnosticados específicamente como abuso y todos pueden ocurrir en niños no abusados. Comprender el efecto de los índices base de estos síntomas en la población general es importante para evaluar el significado de cualquiera de estos síntomas (Word, 1996). Para una discusión sobre los índices base, ver el Capítulo 19 de este libro).

Debido a que hay más conciencia sobre el abuso sexual, el personal médico frecuentemente atienden a padres que están preocupados sobre el abuso. Puede ser difícil cuándo y cómo tranquilizar a los padres, cómo hablar con el niño y evaluarlo, cuándo referirlo a un subespecialista para su evaluación, cuándo referirlo a psicoterapia, y cuándo notificar el caso a las autoridades de protección. La *American Academy of Pediatrics* ha publicado pautas generales para notificar el abuso (ver Cuadro 12.1). El Capítulo 22 de este libro ofrece una discusión detallada del deber de notificar la sospecha de maltrato.

Cuadro 12.1 Pautas para Tomar la Decisión de Notificar el Abuso Sexual Infantil

Información Disponible			Respuesta	
Historia	Examen Físico	Hallazgos de Laboratorio	Nivel de Preocupación sobre el Abuso Sexual	Decisión de Notificar
Ninguna	Normal	Ninguno	Ninguno	No notificar
Cambios conductuales ^a	Normal	Ninguno	Variable dependiendo de la conducta	Posible notificación; ^b seguimiento (posible interconsulta a salud mental)
Ninguna	Hallazgos no específicos	Ninguno	Bajo (preocupación)	Posible notificación; ^b seguimiento
Historia no específica relatada por le niño o historia relatada sólo por el padre	Hallazgos no específicos	Ninguno	Intermedio	Posible notificación; ^b seguimiento
Ninguna	Hallazgos específicos ^c	Ninguno	Alto	Notificación
Declaración clara	Normal	Ninguno	Alto	Notificación
Declaración clara	Hallazgos específicos	Ninguno	Alto	Notificación
Ninguna	Normal, no específico o hallazgos específicos	Cultivo positivo para gonorrea; prueba sérica positiva para VIH; sífilis; presencia de semen, esperma, fosfatasa ácida	Muy alto	Notificación
Cambios conductuales	Hallazgos no específicos	Otras enfermedades de transmisión sexual	Alto	Notificación

FUENTE: American Academy of Pediatrics (1999)

- a. Algunos cambios conductuales no específicos y otros causan mayor preocupación (Krugman, 1986).
- b. Puede que la notificación esté o no esté indicada. La decisión de notificar el abuso se deberá basar en la discusión con los expertos locales o regionales, o con los servicios de protección infantil.
- c. Otras razones para hallazgos descartados (Bayes & Jenny, 1990)

Entrevista

El tipo y la extensión de la entrevista a niños abusados depende de muchos factores. Cuando se dispone de equipos forenses para que realicen la entrevista, los niños deben relatar los detalles del abuso en una sola ocasión. No obstante, en algunas comunidades, no existe este tipo de equipo y es posible que el médico que examina al niño sea la persona más experimentada disponible. Es importante que los médicos estén concientes de los recursos para realizar la entrevista y de las políticas de su comunidad. Si el personal de salud va a hablar con el niño sobre el abuso, debe ser entrenado sobre las preguntas que tienen validez forense y las estrategias para realizar la entrevista.

Es posible que lo indicado sea una entrevista más completa si el niño está entregando un relato inicial y espontáneo al médico. No es beneficioso decir al niño que recién ha revelado el abuso sexual que usted no quiere conocer ningún detalle sobre el abuso. Es posible que se pierda una oportunidad única para obtener información importante si el niño se torna reticente a hablar más adelante o en un entorno diferente. Algunos niños relatan detalles del abuso en forma espontánea durante el examen físico. Hay más probabilidades de que un niño cuente sobre el abuso al médico con el cual ha tenido una relación a lo largo del tiempo que a una persona extraña.

La respuesta del niño a la entrevista dependerá de su desarrollo cognitivo, emocional y conductual; la naturaleza del abuso experimentado; y la respuesta recibida después de revelaciones anteriores. La tarea para el entrevistador es establecer una relación de confianza; hacer preguntas abiertas y no dirigidas que obliguen al niño a responder sí o no. Indague sobre dolor, sangramiento, disuria u otros síntomas físicos, y ofrezca al niño la oportunidad de hacer preguntas. Para una discusión detallada del método de entrevista, ver el Capítulo 18 de este libro.

El cuadro 12.2 proporciona una lista de temas que se pueden abordar al entrevistar a las personas que cuidan al niño que ha sido víctima de abuso sexual. Las entrevistas con los adultos involucrados no se deben realizar en presencia del niño.

Cuadro 12.2 Pautas para una entrevista médica con las personas que cuidan a un niño que ha sido víctima de abuso sexual

Entrevistar a las personas que cuidan al niño sobre el supuesto abuso:

Obtener detalles sobre los incidentes o conductas. Preguntar por episodios anteriores de abuso sexual.

Determinar las relaciones en el grupo familiar (genograma).

Explorar historias de otros tipos de abuso y descuido, como también, de historia familiar de violencia o sexualidad inapropiada.

Obtener una lista de organismos y personas involucradas en la investigación o tratamiento.

Obtener la historia del desarrollo del niño, incluidos los niveles de desempeño en la escuela y la calidad de las relaciones con sus pares.

Obtener la historia menstrual, si corresponde.

Preguntar por síntomas conductuales, depresión o trastorno de estrés postraumático.

Registrar la historia de problemas físicos relacionados con el abuso, incluidos dolor vaginal y anal, sangramiento, descarga, o inflamación; enuresis o encopresis, síndromes de dolor crónico; enfermedades de transmisión sexual; y embarazo.

Obtener la historia médica anterior del niño, antecedentes de su crecimiento y desarrollo, hábitos alimentarios, y preguntar si tiene sus vacunas al día, si presenta alergias, y si toma medicamentos.

Registrar la historia familiar de enfermedades físicas y mentales.

Explorar factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual en el abusador, incluido el uso de drogas, preferencias sexuales, promiscuidad, e historia de enfermedades de transmisión sexual conocidas. Si el autor es desconocido o sólo es sospechoso, o en niños que aún o hablan, se sugieren otros protocolos (Ej. ver Hewitt, 1998).

Evaluar la seguridad actual del niño y el nivel de protección y apoyo.

Exámenes físicos

Cuando se sospecha que el niño ha sido víctima de abuso sexual, el examen físico debe ser realizado con la máxima sensibilidad respetando los sentimientos de vulnerabilidad y vergüenza del niño. El examen será menos estresante si el examinador prepara al niño explicándole los procedimientos, utiliza cortinas para proteger el pudor del niño, y usa técnicas de distracción durante el examen. No se debe forzar físicamente al niño para examinarlo. En algunos casos en que el niño es incapaz de cooperar se usan sedantes.

Los exámenes genitales y anales se pueden realizar con el niño en posición supina, adoptando la posición de rana, o prona con las rodillas dobladas hacia el pecho (Herman-Giddens & Frothingham, 1987). En la posición tipo rana, el niño yace sobre su espalda. Las rodillas se doblan y los talones se juntan en el medio. Las rodillas se presionan hacia la camilla, permitiendo la exposición de los genitales. La posición con las rodillas flectadas hacia el pecho requiere que el niño esté boca abajo. Las rodillas de los niños se flectan

hacia el pecho del niño, elevando las nalgas. El examinador separa las nalgas y expone los genitales.

Los labios se separan con una suave tracción lateral o con una tracción hacia el examinador. Es necesario tener una fuente de luz apropiada para visualizar las estructuras internas, y también es de utilidad tener una lupa. En los adolescentes se puede introducir una sonda Folley en la vagina e inflar el balón de la sonda traccionando suavemente para delinear la estructura del himen (Starling & Jenny, 1997). El uso de ambas posiciones mencionadas es importante. Algunas veces la posición con las rodillas flectadas hacia el pecho es más difícil de adoptar por parte del niño; se debe utilizar esta posición para confirmar cualquier hallazgo anormal.

Un concepto erróneo habitual es que los exámenes de niños abusados sexualmente involucran instrumentos vaginales o anales como el uso de un espéculo o un anoscopio. En la mayoría de los casos, el examen en niños prepuberales no es invasivo ni doloroso. Cuando es necesario utilizar instrumental, se puede sedar o anestesiarse al niño para disminuir la incomodidad. Una evaluación de abuso sexual no tiene que ser traumática para el niño. Un estudio encontró que el temor de los niños al examen se relacionaba con experiencias negativas anteriores en los centros de salud (Lazebnik et al., 1994). La ansiedad del niño se puede aminorar mediante una preparación cuidadosa y actuando con mucha sensibilidad.

El examen físico para detectar abuso sexual frecuentemente da un resultado absolutamente normal incluso en casos de abuso demostrado (Adams, Harper & Revilla, 1994; Muram, 1989). La ausencia de signos físicos de trauma no significa que no hubo abuso. Muchos tipos de abuso, como caricias o contacto oro-genital no producen trauma anal, genital u oral. Otros tipos de lesiones traumáticas pueden cicatrizar completamente (Finkel, 1989).

El trauma grosero del tracto genital o anal generalmente es fácil de diagnosticar (Pokorny, Pokorny & Kramer, 1992), pero una lesión cicatrizada o sutil puede ser más difícil de diagnosticar. Los estudios de la anatomía genital y anal en niños normales no abusados han dilucidado una amplia gama de hallazgos normales que anteriormente se atribuían a abuso sexual (Berenson et al., 2000; Emans, Woods, Flagg & Freeman, 1987; Gardner, 1992b; McCann, Voris, Simon & Wells, 1989; McCann, Wells, Simon, & Voris, 1990). Los hallazgos normales en niñas prepuberales incluyen himen excesivo, surcos en el himen, himen disparejo y vestigios de papel higiénico. Las muescas en forma de V que no se extienden hacia el vestíbulo se consideran normales cuando están ubicadas en la parte superior y lateral del himen. Sin embargo, muescas encontradas en la parte posterior del himen se consideran anormales y se ha encontrado que se asocian con trauma.

Los hallazgos anales normales incluyen eritema (enrojecimiento), mayor o menor pigmentación, ingurgitación venosa, vestigios de la línea media de la piel, y dilatación anal en presencia de deposiciones (McCann et al., 1989). Las abrasiones, laceraciones, hematomas anales y la dilatación anal extrema en ausencia de deposiciones se consideran signos de un posible abuso.

El diámetro de la apertura del himen se ha utilizado anteriormente como criterio diagnóstico de abuso. Estudios más recientes han demostrado que no se puede depender de ese parámetro (McCann, Wells, et al., 1990; Paradise, 1989). Los factores que afectan el diámetro de la apertura del himen y el diámetro anal incluyen la posición en que se realiza el examen (McCann, Voris, et al., 1990) y el grado de relajación del niño. El diámetro anal también es afectado por la presencia de deposiciones en la ampolla. El diámetro himenal puede aumentar con la edad y con el inicio del desarrollo puberal.

El abuso sexual en niños se denuncia con menos frecuencia que el abuso en niñas. El examen físico de los niños tiene más probabilidades de revelar anomalías anales que genitales (Colmes & Slip, 1998). Los hallazgos anales informados después de abuso a niños incluye eritema, abrasiones o fisuras (Spencer & Dunklee, 1986).

Muchas condiciones físicas no relacionadas con abuso han sido confundidas con trauma por abuso sexual. Los diagnósticos errados más comunes incluyen la liquen escleroso, infecciones estreptocócicas anales y vaginales, y trauma accidental como lesiones por sentarse a horcajadas (Bayes & Jenny, 1990). Los médicos expertos en pediatría forense han sido entrenados para reconocer enfermedades y cuadros que se pueden confundir con trauma por abuso sexual (Jenny 1997). En muchos casos, una interconsulta a un subespecialista en el área puede evitar trauma psicológico innecesario para los padres y niños que no han sido víctimas de abuso sexual.

Enfermedades de transmisión sexual

La presencia de enfermedades y microorganismos de transmisión sexual en niños puede o no ser un diagnóstico de abuso sexual. La epidemiología, el diagnóstico y los modos de contagio de enfermedades de transmisión sexual en niños difieren de las de los adultos. Los médicos deberán estar concientes de las diferencias biológicas de los tractos genitales infantiles que afectan la facilidad de infección de los organismos. También deben diferenciar la adquisición sexual de microorganismos de transmisiones perinatales. Finalmente, los procedimientos de detección deben reflejar el hecho de que la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas de microorganismos transmitidos sexualmente que se usan en adultos pueden no ser adecuadas para niños. Una variedad de organismos patógenos pueden ser transmitidos sexualmente de un adulto a un niño.

Neisseria gonorrhoeae. La infección de gonorrea fuera del período neonatal inmediato se puede atribuir a abuso sexual. El microorganismo es muy fastidioso y es improbable que sea transmitido por contacto casual (Neinstein, Goldenring & Carpenter, 1984). La *neisseria gonorrhoeae* puede ser diagnosticada erróneamente mediante pruebas diagnósticas rápidas (Whittington, Rice, Biddle & Knapp, 1988). Se indica el uso de al menos dos pruebas de confirmación diferentes en casos de gonorrea infantil. Aun cuando los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. recomiendan usar cultivos para diagnosticar la gonorrea infantil (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1998), los métodos de amplificación del ácido nucleico han demostrado ser muy

promisorios (Embree et al., 1996). Cuando se prueban adecuadamente, podrían ofrecer mayor sensibilidad y estarían disponibles fácilmente en áreas donde hay dificultades de acceso a servicios de laboratorio (Lindsay, Williams, Morris & Embree, 1995).

Estudios recientes han demostrado que cultivos para detectar la *Neisseria gonorrhoeae* rara vez son positivos en niños prepuberales sin signos y síntomas de vaginitis o en niños que no han sido expuestos a perpetradores con infecciones documentadas (Ingram, Everett, Flick, Russell, & White-Sims, 1997; Muram, Speck, & Dockter, 1996; Sicoli, Losek, Hudlett & Smith, 1995; Siegel, Schubert, Myers & Shapiro, 1995). Probablemente no se justifica el uso de exámenes de rutina para detectar *Neisseria gonorrhoeae* en niños prepuberales asintomáticos que han sido evaluados para detectar abuso sexual.

La *Neisseria gonorrhoeae* ha demostrado ser sensible al tratamiento con una dosis única de cefixima oral en adultos (Handsfield et al., 1991). Esto ofrece un tratamiento simple para niños que evita la colocación de una inyección intramuscular. Debido a que la eficacia de este tratamiento no ha sido demostrada en niños, los cultivos de control para comprobar que el niño ha sanado son imperativos si se utiliza este régimen.

Chlamydia trachomatis. La *chlamydia trachomatis* se puede adquirir en el período perinatal y el niño ser un portador asintomático después del nacimiento. Los casos documentados más largos permanecieron con la infección asintomática en el ano durante 12,5 meses después del nacimiento y 12,2 meses en la vagina (Bell et al., 1992). Es probable que las infecciones que aparecen después del segundo año de vida y/o las infecciones sintomáticas sean adquiridas sexualmente.

Las pruebas diagnósticas rápidas para detectar la Clamidia no han demostrado ser sensibles o específicas para infecciones en niños (Hammerschlag, Aji & Laraque, 1999), a pesar de que se están probando exámenes de amplificación del ácido nucleico más nuevos que parecen prometedores para uso futuro en niños (Embree et al., 1996).

Trichomonas vaginalis. Las infecciones por tricomonas vaginales en niños probablemente son causadas por abuso sexual (Jones, Yamauchi, & Lambert, 1985). El diagnóstico con una preparación húmeda salina de los fluidos vaginales puede no detectar las infecciones por tricomonas (Krieger et al., 1988).

Virus herpes simplex. Las infecciones por virus herpes genital, por su apariencia clínica, pueden ser difíciles de diferenciar de otras infecciones y cuadros genitales (Nahmias, Dowdle, Zuher, Josey & Luce, 1968; Simon & Steele, 1995). Los cultivos pueden ser útiles si son positivos y si es posible tipificar el virus. Recientemente han aparecido exámenes comerciales confiables de anticuerpos séricos virales específicos (Ashley & Wald, 1999), los cuales son útiles para documentar la infección.

La presencia de una infección genital por herpes Tipo I no descarta el abuso sexual, aun cuando las infecciones Tipo I son menos probables de ser transmitidas por contacto sexual.

Vaginosis bacteriana. La vaginosis bacteriana (una infección gram negativa mixta asociada con una *Gardnerella vaginalis*) se encuentra con más frecuencia en niñas que han sido víctimas de abuso sexual que en los controles (Gardner, 1992a). La presencia de vaginosis bacteriana o *Gardnerella vaginalis* no es un diagnóstico de abuso. La precisión del criterio diagnóstico de vaginosis bacteriana usado en adultos no ha sido evaluado clínicamente en niños (Hammerschlag, 1998).

Infecciones por papilomavirus humano – VPH. Las verrugas genitales y anales son causadas por infecciones con el virus papiloma humano. En adultos, las verrugas anales o vaginales son transmitidas sexualmente. La transmisión directa de verrugas no es probable (Koutsky, Galloway & Holmes, 1988). En lactantes, la exposición perinatal al virus papiloma humano ha sido bien documentado (Puranen, Yliskiski, Saarikiski, Syrjanen & Syrjanen, 1997). Sin embargo, investigación reciente indica que el VPH es sumamente raro en lactantes de madres infectadas (Watts et al., 1998), y el riesgo de que los niños presenten verrugas clínicas evidentes es incluso más raro (Puranen, Yliskiski, Saarikiski, Syrjanen & Syrjanen, 1996).

La mayoría de los casos de verrugas genitales y anales en niños son causadas por uno de los tipos de virus de papiloma humano conocidos por causar la enfermedad transmitida sexualmente *condylomata acuminata* en adultos en lugar de por los tipos de virus que causan las verrugas dérmicas no congénitas comunes (Craighill, O'Connell, McLachlin, Kosakewich & Crum, 1993; Gibson, Gardner, & Best, 1990). Muchos casos de verrugas genitales y anales en niños han demostrado ser adquiridas sexualmente (Gutman, St. Claire, Herman-Giddens, Johnston, & Phelps, 1992; Hanson, Glasson, McCrossin & Rogers, 1989). Dos estudios han comparado el aislamiento del virus papiloma humano de muestras genitales obtenidas de niñas abusadas y no abusadas sexualmente. En ambos estudios, sólo se encontró el virus en las niñas abusadas (Gutman et al., 1994; Stevens-Simon, Nelligan, Breese, Jenny & Douglas, 2000).

Quedan muchas preguntas por responder en relación con la epidemiología de las infecciones por el virus papiloma humano en niños. Las diferencias entre niños y adultos que podrían afectar los modos de transmisión podrían incluir las diferencias entre la mucosa genital y la piel genital y anal de los niños y adultos, como también, las diferencias en la presentación clínica de la infección viral primaria comparada con la reinfección (Morscicki, 1996). Aun cuando se recomienda ser prudentes al interpretar las implicancias de las verrugas genitales y anales, en cada caso en que se presenten fuera del período neonatal, se deberá considerar la posibilidad de abuso sexual como una posible etiología (Gutman, Herman-Giddens & Phelps, 1993).

Sífilis. Las infecciones por el *Treponema pallidum* han sido documentadas en niños abusados sexualmente (Starling, 1994). La sífilis debería ser considerada una prueba de abuso sexual salvo que se demuestre que fue adquirida congénitamente. El diagnóstico clínico de la sífilis en niños puede pasar inadvertido. La mayoría de los médicos generalmente no sospecha de sífilis cuando se ven enfrentados a erupciones y lesiones

sifilíticas puesto que estas pueden confundirse con lesiones producidas por otras enfermedades comunes de la infancia (Christian, Lavelle & Bell, 1999).

Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Los niños pueden adquirir el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) mediante abuso sexual (Lindegren et al., 1998). Una historia de abuso sexual en la infancia ha sido considerada un factor de riesgo de infección de VIH en adultos (Zierler et al., 1991).

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades recomiendan individualizar la exploración de enfermedades de transmisión sexual en niños abusados. Al decidir cuáles exámenes de enfermedades de transmisión sexual se deben tomar, se deben considerar los factores siguientes (Sirotnak, 1994):

- La probabilidad de que haya ocurrido abuso.
- ¿Qué tipo de contacto sexual se afirma que se ha tenido?
Las enfermedades de transmisión sexual son transmitidas más probablemente después del contacto con el pene o la vagina de abusador que como consecuencia de caricias o contacto con la boca de abusador.
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de presentar enfermedades de transmisión sexual en la historia del abusador? Si se sabe que el abusador es una persona promiscua, frecuente prostitutas, un hombre conocido por tener relaciones sexuales con otros hombres, o un adicto a drogas endovenosas, definitivamente se deberán realizar exámenes para detectar enfermedades de transmisión sexual.
- ¿Tiene el niño síntomas? En cualquier caso en que se sospecha abuso sexual y el niño presenta síntomas de enfermedades de transmisión sexual, se deberán realizar exámenes para detectar ese tipo de enfermedades.
- ¿Tiene el niño una enfermedad de transmisión sexual demostrada? Si es así, se debe realizar una completa batería de exámenes para detectar otras enfermedades.
- ¿Vive el niño en un área geográfica de alto riesgo? Hay enfermedades de transmisión sexual que son mucho más prevalentes en ciertas comunidades que en otras. Si el niño vive en un área donde las tasas de determinada enfermedad son altas, es probable que los exámenes para esa enfermedad arrojen un resultado positivo.
- ¿Es el paciente un adolescente que ha tenido relaciones sexuales? Los adolescentes tienen mayor riesgo de presentar enfermedades de transmisión sexual que los adultos, y los exámenes para detectar cualquiera de estas enfermedades deberían ser parte de su atención ginecológica de rutina.

Prevención, diagnóstico y manejo del embarazo

Un embarazo que es consecuencia de una violación o abuso sexual puede ser emocionalmente devastador para una adolescente. Un estudio de incidencia nacional estimó que en Estados Unidos más de 32.000 embarazos son el resultado de violaciones cada año, y 48% de las víctimas es menor de 18 años (Colmes, Resnik, Kilpatrick & Best, 1996). En

el 17% de los embarazos relacionados con una violación en adolescentes, el autor es el padre, el padrastro u otro pariente.

Si se denuncia un ataque sexual agudo inmediatamente, se puede ofrecer medicación eficaz para prevenir el embarazo. Desde 1998, el medicamento etinil estradiol/levonorgestrel aprobado por la FDA está disponible específicamente para la contracepción postcoital (Preven®, Gynetics, Somerville, NJ). Cuando se usa en la forma indicada, reduce en un 75% la probabilidad de embarazo (Grow, 2000). Si se produce embarazo después de la contracepción postcoital, no se puede descartar la posibilidad de dañar al feto. Sin embargo, el riesgo de malformaciones fetales probablemente es menor de lo que se encontraría si la madre hubiera estado tomando anticonceptivos al inicio del embarazo (Yuzpe & Kubba, 1989). Es importante descartar un embarazo preexistente obteniendo una prueba de embarazo antes de utilizar el medicamento. Si la prueba de embarazo es negativa y se indica el contraceptivo postcoital, la prueba de embarazo deberá repetirse semanalmente hasta que el examen arroje positivo o hasta que se presente la menstruación.

Cuando el embarazo es consecuencia de incesto, la probabilidad de una enfermedad genética grave en el feto aumenta en forma significativa. Se piensa que cada persona porta entre cinco y ocho genes nocivos, la mayoría de los cuales son recesivos y no se expresan. Cuando se produce una relación sexual entre individuos relacionados, la probabilidad de que se presente una enfermedad genética grave en el feto aumenta drásticamente (Cotran, Kumar & Collins, 1999). Cuando las relaciones sexuales son entre parientes de primer grado (padre-hija, hermano-hermana), la probabilidad de malformaciones graves y/o retardo mental en el hijo son de 50% a 69% (Baird & McGillivray, 1982). En relaciones entre parientes de segundo grado (hermano/media hermana, tío/sobrina), las probabilidades de que el niño presente malformaciones o retardo mental es la mitad que para los parentescos de primer grado. En las relaciones entre primos, el riesgo es de un cuarto del riesgo para el parentesco de primer grado.

Cuando se produce embarazo como consecuencia de incesto, abuso o violación, las opciones de manejo incluyen aborto, continuar con el embarazo hasta su término y dar al niño en adopción, o continuar con el embarazo hasta su término y conservar al hijo. En cualquier caso, es fundamental brindar apoyo psicológico a la adolescente embarazada.

Una historia de abuso sexual puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Las adolescentes embarazadas han demostrado tener una alta prevalencia de historias de abuso sexual (Boyer & Fine, 1992; McCollough & Scherman, 1991; Rainey, Stevens-Simon & Kaplan, 1995). Además, las adolescentes embarazadas con una historia de abuso tienen más probabilidades de consumir drogas y alcohol, tienen menos probabilidades de usar anticonceptivos, y habitualmente tuvieron su primera relación sexual a una edad más joven que las adolescentes embarazadas que no tienen una historia de abuso. Las adolescentes con una historia de abuso pueden tener un riesgo más alto de complicaciones del embarazo, incluido un parto prematuro y sangramiento temprano en el embarazo, comparadas con las adolescentes embarazadas sin una historia de abuso (Stevens-Simon & Reichert, 1994). Las adolescentes abusadas también tienen más

probabilidades que las no abusadas de tratar de quedar embarazadas intencionalmente (Rainey et al., 1995). El personal de salud que atiende a las adolescentes víctimas de abuso sexual deberá proporcionar información y consejería sobre prevención de embarazo, anticoncepción y sexualidad a estas jóvenes del “alto riesgo”.

Recolección de evidencia forense

Un buen examen forense de niños y adolescentes que han sufrido un ataque sexual grave puede facilitar la investigación policial eficaz de esos delitos. La mayoría de los médicos no ha sido capacitado para realizar exámenes forenses de víctimas de ataques sexuales. Por consiguiente, se desaprovechan muchas oportunidades de recolectar evidencia importante.

Cualquier centro médico que atiende a víctimas de ataques sexuales debería utilizar el protocolo de examen de ataque sexual para guiar la recolección de evidencia. El examen forense habitualmente se ofrece si la víctima acude al centro dentro de las 72 horas posteriores al ataque. Sin embargo, el resultado de la obtención de muestras físicas en niños prepuberales es bajo después de las 24 horas de sucedido el ataque (Christian et al., 2000). Después de 24 horas, las ropas y sábanas tienen más probabilidades de arrojar resultados positivos para evidencia forense de ataque que las muestras tomadas de los cuerpos de los niños. Es necesario destacar la importancia de tomar muestras de objetos inanimados (Christian et al., 2000). Cualquier evidencia obtenida deberá ser procesada, etiquetada y almacenada cuidadosamente para asegurar su integridad y calidad (Jenny, 2000).

Los exámenes forenses pueden ser traumáticos para los niños pequeños. Si se deben tomar múltiples muestras y exámenes, se debe considerar el uso de algún sedante o anestesia. El valor de recolectar evidencia forense de buena calidad debe contrapesarse con el costo emocional del procedimiento para el niño o el riesgo de la sedación.

Secuelas psicológicas y psicosomáticas

La evaluación médica de niños abusados incluye la evaluación de la salud física y mental general del niño. El abuso es un experiencia estresante para un niño, que con frecuencia conduce a otros problemas de salud. Los niños abusados también son niños abandonados o descuidados. Una evaluación de salud puede revelar enfermedades no tratadas, factores de riesgo de enfermedades futuras, problemas psicológicos como depresión o disociación, o problemas psicosomáticos.

Se observan múltiples enfermedades o cuadros psicosomáticos asociados con abuso sexual. Con frecuencia se detecta enuresis, encopresis, síndromes de dolor crónico y otros trastornos psicosomáticos en víctimas de abuso sexual.

Enuresis y encopresis. Muchos niños experimentan inflamación y dolor del tracto urinario o anal después de episodios de abuso sexual (Klevan & DeJong, 1990; Morrow, Yeager, & Lewis, 1997). Esto puede conducir a incontinencia urinaria, impacto fecal, o incontinencia

fecal. Los problemas conductuales y la incapacidad para enfrentar las áreas corporales cargadas psicológicamente causan persistencia de la enuresis y la encopresis.

Los niños que presentan enuresis y encopresis frecuentemente son ridiculizados por sus pares y castigados por los adultos. El niño cae en un espiral descendente de vergüenza y negación, lo que conduce a una mayor disfunción vesical e intestinal. A pesar de que el tratamiento de la enuresis y la encopresis es difícil en niños que han sido víctimas de abuso sexual, el diagnóstico médico y el manejo están asociados con la disminución de los problemas conductuales y una mejor autoestima (Longstaffe, Moffatt, & Whalen, 2000; Young, Brennen, Baker, & Baker, 1995).

Síndromes de dolor crónico y cuadros psicósomáticos. Los niños abusados y los sobrevivientes adultos de abuso sexual con frecuencia manifiestan malestar emocional y síntomas físicos. El dolor abdominal crónico, dolores de cabeza, anal, o dolor de la pelvis, disfunción de las cuerdas vocales, síndrome premenstrual, pseudo-convulsiones, fibromialgia, y otras dolencias psicósomáticas pueden estar relacionadas con el abuso (Felitti, 1991; Freedman, Rosenberg & Schmalting, 1991; Harrop-Griffiths et al., 1988; Paddison et al., 1990, Walker, Gelfand, Gelfand, Koss, & Katon, 1995; Walker et al., 1997).

Los síntomas de malestar no son fingidos sino que son consecuencia de la respuesta somática al estrés y al dolor psicológico. Estos síntomas pueden relacionarse con cambios físicos reales en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal causado por el estrés crónico y el trauma (IEM, Ehlert, Hanker & Hellhammer, 1998). El tratamiento de los cuadros psicósomáticos incluye descartar causas patológicas de dolor, tranquilizar al paciente, controlar el dolor sin recurrir a un exceso de medicamentos, y referir al paciente a psicoterapia.

Ficha clínica precisa

En casos de abuso sexual infantil, la ficha clínica es un documento legal. El registro detallado de las historias del niño pueden ayudar a proteger tanto a las víctimas como al acusado. Los factores que se deben considerar al preparar la ficha médica incluyen lo siguiente:

- Al registrar la historia, anote la fuente. ¿Relató el niño el abuso o fue otra persona la que le contó lo que reveló el niño?
- Escriba claramente o dicte a otra persona para que sea legible.
- Use citas exactas del niño. Incluya en la historia las preguntas que le formuló al niño, y las respuestas, y registre los detalles como los afectos del niño, su nivel de desarrollo y el uso de lenguaje.
- Use descriptores cuidadosos de los hallazgos del examen físico, tanto normales como anormales (*American Professional Society on the Abuse of Children*, 1998).

- Las imágenes visuales de hallazgos físicos son útiles en casos de abuso sexual. Si no se dispone de una cámara o un equipo de video, los dibujos detallados hechos por el examinador también son útiles, particularmente si se observa trauma o anomalías (*American Academy of Pediatrics*, 1999).

Conclusión

Los médicos prestan servicios esenciales para la evaluación y el tratamiento de víctimas de abuso sexual. La capacitación en el manejo de casos de abuso debería ser parte de la formación profesional de todo médico de atención de salud primaria. Un médico competente funciona como miembro de un equipo más grande de profesionales que protege a los niños y a sus familias. Además de ser proveedores de atención de salud primaria, los médicos especialistas en el campo del maltrato infantil deben estar disponibles para consultar, enseñar y avanzar en este campo (Jenny, 2000).

Referencias

- Adams, J. A., Harper, K., & Revilla, J. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics*, *94*, 310-317.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics*, *103*, 186-191.
- American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), Committee on the Interpretation of Physical Findings in Sexual Abuse. (1998). *Glossary of terms and interpretation findings for child sexual abuse evidentiary examinations*. Chicago: Author.
- Ashley, R. L., & Wald, A. (1999). Genital herpes: Review of the epidemic and potential use of type-specific antibody. *Clinical Microbiology Reviews*, *12*, 1-8.
- Baird, P. A., & McGillivray, B. (1982). Children of incest. *Journal of Pediatrics*, *101*, 854-857.
- Bayes, J., & Jenny, C. (1990). Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *American Journal of Diseases of Children*, *144*, 1319-1322.
- Bell, T. A., Stamm, W. E., Wang, S. P., Kuo, C. C., Holmes, K. K., & Grayson, J. T. (1992). Chronic chlamydia trachomatis infections in infants. *Journal of the American Medical Association*, *15*, 400-402.
- Berenson, A. B., Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Mishaw, C. O., Friedrich, W. N., & Grady, J. J. (2000). A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *182*, 820-834.
- Boyer, D., & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives*, *24*, 4-11.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998). 1998 guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. *Morbidity and Mortality Weekly Review*, *47*, 1-118.
- Christian, C. W., Lavelle, J., & Bell, L. M. (1999). Preschoolers with syphilis. *Pediatrics*, *103*, E4.
- Christian, C. W., Lavelle, J. M., Dejong, A. R., Loiselle, J., Brenner, L., & Joffe, M. (2000). Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*, *106*, 100-104.
- Cotran, R. S., Kumar, V., & Collins, T. (1999). *Pathological basis of disease* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Craighill, M., O'Connell, B., McLachlin, C., Kozakewich, H., & Crum, C. (1993). HPV PCR analysis of prepubertal genital lesions. *Adolescent and Pediatric Gynecology*, *6*, 183-189.
- Emans, S. J., Woods, E. R., Flagg, N. T., & Freeman, A. (1987). Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic girls. *Pediatrics*, *79*, 778-785.

- Embree, J. E., Lindsay, D., Williams, T., Peeling, R. W., Wood, S., & Morris, M. (1996). Acceptability and usefulness of vaginal washes in premenarcheal girls as a diagnostic procedure for sexually transmitted diseases. *Pediatric Infectious Disease Journal*, *15*, 662-667.
- Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, *84*, 328-331.
- Finkel, M. A. (1989). Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics*, *84*, 317-322.
- Finkel, M. A., & Giardino, A. P. (Eds.). *Medical evaluation of child sexual abuse: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flaherty, E. G., Sege, R., Binns, H. J., Mattson, C. L., & Christoffel, K. K. (2000). Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, *154*, 489-493.
- Freedman, M. R., Rosenberg, S.J., & Schmalings, K. B. (1991). Childhood sexual abuse in patients with paradoxical vocal cord dysfunction. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *179*, 295-298.
- Gardner, J. J. (1992a). Comparison of the vaginal flora in sexually abused and nonabused girls. *Journal of Pediatrics* *120*, 872-877.
- Gardner, J. J. (1992b). A descriptive study of the genital variation in healthy, nonabused premenarcheal girls. *Journal of Pediatrics*, *120*, 251-257.
- Gibson, P. E., Gardner, S. D., & Best, S. J. (1990). Human papillomavirus types in anogenital warts of children. *Journal of Medical Virology*, *30*, 142-145.
- Grow, D. R. (2000). New contraception methods. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, *27*, 817-839.
- Gutman, L. T., Herman-Giddens, M. E., & Phelps, W. C. (1993). Transmission of human genital papillomavirus disease: Comparison of data from adults and children. *Pediatrics*, *91*, 31-38.
- Gutman, L. T., St. Claire, K. K., Everett, V. D., Ingram, D. L., Soper, J., Johnston, W. W., Mulvaney, G. G., & Phelps, W. C. (1994). Cervical-vaginal and intra-anal human papillomavirus infection of young girls with external genital warts. *Journal of Infectious Diseases*, *170*, 1339-1344.
- Gutman, L. T., St. Claire, K., Herman-Giddens, M. E., Johnston, W. W., & Phelps, W. C. (1992). Evaluation of sexually abused and nonabused young girls for intravaginal human papillomavirus infection. *American Journal of Diseases of Children*, *146*, 694-699.
- Hammerschlag, M. R. (1998). Sexually transmitted diseases in sexually abused children: Medical and legal implications. *Sexually Transmitted Infections*, *74*, 167-174.
- Hammerschlag, M. R., Aji, S., & Laraque, D. (1999). Inappropriate use of nonculture tests for the detection of *Chlamydia trachomatis* in suspected victims of child sexual abuse. *Pediatrics*, *104*, 1137-1139.
- Handsfield, H. H., McCormack, W. M., Hook, E. W., Douglas, J., Covino, J. M., Verdon, M. S., Richart, C. A., Ehret, J. M., & the Gonorrhea Treatment Study Group. (1991). A comparison of single dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhea. *New England Journal of Medicine*, *325*, 1337-1341.
- Hanson, R. M., Glasson, M., McCrossin, L., & Rogers, M. (1989). Anogenital warts in childhood. *Child Abuse & Neglect*, *13*, 225-233.
- Harrop-Griffiths, J., Katon, W., Walker, E., Holm, L., Russo, J., & Hickok, D. E. (1988). The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstetrics & Gynecology*, *71*, 589-594.
- Heim, C., Ehlert, U., Hanker, J. P., & Hellhammer, D. H. (1998). Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 309-318.
- Herman-Giddens, M. E., & Frothingham, T. E. (1987). Prepubertal female genitalia: Examination for evidence of sexual abuse. *Pediatrics*, *80*, 203-208.
- Hewitt, S. K. (1998). *Assessing allegations of sexual abuse in preschool children: Understanding small voices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holmes, M. M., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. (1996). Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *175*, 320-324.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definitions, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 1855-1862.
- Hoshstadt, N.J., & Harwicke, N.J. (1985). How effective is the multidisciplinary approach? A follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, *9*, 365-372.
- Hunter, R. S., Kilstrom, N., & Loda, F. (1985). Sexually abused children: Identifying masked presentation in a medical setting. *Child Abuse & Neglect*, *9*, 17-25.
- Ingram, D. L., Everett, V. D., Flick, L., A. R., Russell, T. A., & White-Sims, S.T. (1997). Vaginal gonococcal cultures in sexual abuse evaluations: Evaluation of selective criteria for preteenaged girls. *Pediatrics*, *99*, E8.

- Jenny, C. (1997). Pediatric fellowships in child abuse and neglect: The development of a new subspecialty. *Child Maltreatment*, 2, 356-361.
- Jenny, C. (2000). Forensic examination: The role of the physician as "medical detective." In A. Heger, S. J. Emans, D. Muram, C., Jenny, C. Koverola, C.J. Levitt, & S. Pokorny (Eds.), *Evaluation of the sexually abused child* (2nd ed., pp. 79-93). New York: Oxford University Press.
- Jenny, C., Sutherland, S. E., & Sandahl, B. B. (1986). A developmental approach to the prevention of child sexual abuse. *Pediatrics*, 78, 1034-1038.
- Jones, J. G., Yamauchi, T., & Lambert, B. (1985). *Trichomonas vaginalis* infestation in sexually abused girls. *American Journal of Diseases of Children*, 139, 846-847.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 13, 164-180.
- Klevan, J. L., & Dejong, A. R. (1990). Urinary tract symptoms and urinary tract infection following sexual abuse. *American Journal of Diseases of Children*, 144, 242-244.
- Koutsky, L. A., Galloway, D. A., & Holmes, K. K. (1988). Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Epidemiologic Reviews*, 10, 122-163.
- Krieger, J. N., Tam, M. R., Stevens, C. E., Nielsen, I. O., Hale, J., Kaviat, N. B., & Holmes, K. K. (1988). Diagnosis of trichomoniasis: Comparison of conventional wet mount examinations with cytologic studies, cultures and monoclonal antibody staining of direct specimens. *Journal of the American Medical Association*, 259, 1223-1227.
- Krugman, R. D. (1986). Recognition of sexual abuse in children. *Pediatrics in Review*, 8, 25-30.
- Lazebnik, R., Zimet, G. D., Ebert, J., Anglin, T. M., Williams, R., Bunch, D. L., & Krowehuk, D. P. (1994). How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 739-745.
- Lindgren, M. L., Hanson, I. C., Hammett, T. A., Beil, J., Fleming, P. L., & Ward, J. W. (1998). Sexual abuse of children: Intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics*, 102, E46.
- Lindsay, D., Williams, T., Morris, M., & Embree, J. E. (1995). Pediatric gonococcal infection: Case report demonstrating diagnostic problems in remote populations. *Child Abuse & Neglect*, 19, 265-269.
- Longstaffe, S., Moffatt, M. E., & Whalen, J. C. (2000). Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 105, 935-940.
- Massie, M. E., & Johnson, S. M. (1989). The importance of recognizing a history of sexual abuse in female adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 184-191.
- McCann, J., Voris, J., Simon, M., & Wells, R. (1989). Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse. *Child Abuse & Neglect*, 13, 179-193.
- McCann, J., Voris, J., Simon, M., & Wells, R. (1990). Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. *Pediatrics*, 85, 182-187.
- McCann, J., Wells, R., Simon, M., & Voris, J. (1990). Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: A descriptive study. *Pediatrics*, 86, 428-439.
- McCullough, M., & Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy: Contributing factors and strategies for prevention. *Adolescence*, 26, 809-816.
- Morrow, J., Yeager, C. A., & Lewis, D. O. (1997). Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse & Neglect*, 21, 11-18.
- Moscicki, A. B. (1996). Genital HPV infections in children and adolescents. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 23, 675-697.
- Muram, D. (1989). Child sexual abuse: Relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse & Neglect*, 13, 211-216.
- Muram, D., Speck, P. M., & Dockter, M. (1996). Child sexual abuse examination: Is there a need for routine screening for *N. gonorrhoeae*? *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 9, 79-80.
- Myers, J. E. B. (1997). *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Myers, J. E. B. (2000). Medicolegal aspects of child abuse. In: R. M. Reece (Ed.), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (pp. 313-335). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Myers, J. E. B. (2002). Legal issues in the medical evaluation of child sexual abuse. In M. A. Finkel & A. P. Giardino (Eds.), *Medical evaluation of child sexual abuse: A practical guide* (pp. 233-250). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Myers, J. E. B. (2001). Medicolegal aspects of child abuse. In R. M. Reece & S. Ludwig (Eds.), *Child abuse: Medical diagnosis and management* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Nahmias, A.J., Dowdle, W. R., Zuhler, M. N., Josey, W., & Luce, C. F. (1968). Genital infection with herpes virus hominis types 1 and 2 in children. *Pediatrics*, 42, 659-666.

- Neinstein, L. S., Goldenring, J., & Carpenter, S. (1984). Nonsexual transmission of sexually transmitted diseases: An infrequent occurrence. *Pediatrics*, *74*, 67-76.
- Paddison, P. L., Gise, L. H., Lebovits, A., Strain, J.J., Cirasole, D. M., & Levine, J. P. (1990). Sexual abuse and premenstrual syndrome: Comparison between a lower and higher socioeconomic group. *Psychosomatics*, *31*, 265-272.
- Paradise, J. E. (1989). Predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: A big issue about a little tissue. *Child Abuse & Neglect*, *13*, 169-176.
- Pokorny, S. R., Pokorny, W.J., & Kramer, W. (1992). Acute genital injury in the prepubertal girl. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *166*, 1461-1466.
- Puranen, M. H., Yliskoski, M. H., Saarikoski, V. S., Syrjanen, K.J., & Syrjanen, S. M. (1996). Vertical transmission of human papillomavirus from infected mothers to their newborn babies and persistence of the virus in childhood. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *174*, 694-699.
- Puranen, M. H., Yliskoski, M. H., Saarikoski, V. S., Syrjanen, K.J., & Syrjanen, S. M. (1997). Exposure of an infant to cervical human papillomavirus infection of the mother is common. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *176*, 1039-1045.
- Rainey, D. Y., Stevens-Simon, C., & Kaplan, D. W. (1995). Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse & Neglect*, *19*, 1283-1388.
- Reece, R. M. (Ed.). (2000). *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Reece, R. M., & Ludwig, S. (Eds.). (2001). *Child abuse: Medical diagnosis and management, 2nd ed.* Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Sicoli, R. A., Losek, J. D., Hudlett, J. M., & Smith, D. (1995). Indications for *Neisseria gonorrhoeae* cultures in children with suspected sexual abuse. *Archives of Pediatric if Adolescent Medicine*, *149*, 86-89.
- Siegel, R. M., Schubert, C.J., Myers, P. A., & Shapiro, R. A. (1995). The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated in Cincinnati: Rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics*, *96*, 1090-1094.
- Simon, H. K., & Steele, D. W. (1995). Varicella: Pediatric genital/rectal vesicular lesions of unclear origin. *Annals of Emergency Medicine*, *25*, 111-114.
- Sirotnak, A. P. (1994). Testing sexually abused children for sexually transmitted diseases: Whom to test, when to test, and why? *Pediatric Annals*, *23*, 370-374.
- Socular, R. R., Champion, M., & Green, C. (1996). Physicians' documentation of sexual abuse of children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *150*, 191-196.
- Spencer, M. J., & Dunklee, P. (1986). Sexual abuse of boys. *Pediatrics*, *78*, 133-138.
- Starling, S. P. (1994). Syphilis in infants and young children. *Pediatric Annals*, *23*, 334-340.
- Starling, S. S., & Jenny, C. (1997). Forensic examination of adolescent female genitalia: The Foley catheter technique. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *151*, 102-103.
- Stevens-Simon, C., Nelligan, D., Douglas, J. M., Jr., Breese, P., & Jenny, C. (2000). The prevalence of genital human papillomavirus infections in abused and nonabused preadolescent girls. *Pediatrics*, *106*, 645-649.
- Stevens-Simon, C., & Reichert, S. (1994). Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse: A developmental approach to an intergenerational cycle. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *148*, 23-27.
- Walker, E. A., Gelfand, A. N., Gelfand, M. D., Koss, M. P., & Katon, W.J. (1995). Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with histories of sexual victimization. *General Hospital Psychiatry*, *17*, 85-92.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W.J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 572-577.
- Watts, D. H., Koutsky, L. A., Holmes, K. K., Goldman, D., Kuypers, J., Kiviat, N. B., & Galloway, D. A. (1998). Low risk of perinatal transmission of human papillomavirus: Results from a prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *178*, 365-373.
- Whittington, W. L., Rice, R.J., Biddle, J. W., & Knapp, J. S. (1988). Incorrect identification of *Neisseria gonorrhoeae* from infants and children. *Pediatric Infectious Disease Journal*, *7*, 3-10.
- Wood, J. M. (1996). Weighing evidence in sexual abuse evaluations: An introduction to Bayes's theorem. *Child Maltreatment*, *1*, 25-36.
- Young, M. H., Brennen, L. C., Baker, R. D., & Baker, S. S. (1995). Functional encopresis: Symptom reduction and behavioral improvement. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *16*, 226-232.
- Yuzpe, A., & Kubba, A. (1989). Postcoital contraception. In M. Filshie & J. Guillebaud (Eds.), *Contraception science and practice* (pp. 126-143). Boston: Butterworth.
- Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, R., Kantorwitz-Gordon, L., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, *81*, 572-575.