

Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores

J. Pou Fernández^a, A. Ruiz España^a, Ll. Comas Masmitjá^a, M.^aD. Petitbó Rafat^b,
M. Ibáñez Fanes^b y J. Bassets Marill^c

^aServicio de Pediatría. ^bSección de Psicología. ^cTreball Social. Unidad Integrada Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 243-250)

Objetivo

Describir los hallazgos clínicos en los niños atendidos en una unidad de abusos sexuales infantiles.

Pacientes y métodos

Revisión retrospectiva de las historias de los pacientes con sospecha de abuso sexual atendidos en el hospital desde enero de 1992 hasta abril de 2000. Se recogieron las variables edad, sexo, necesidad de atención urgente, vía de llegada, mecanismo de descubrimiento, separación conyugal en los padres, anamnesis, hallazgos físicos y exploraciones complementarias. Después del estudio se clasificaron en 4 grupos: normal, compatible, muy probable o seguro de contacto sexual. En los casos con alta probabilidad de abuso se recogieron los datos de la identidad del agresor, lugar del abuso, duración y tipo de abuso cometido.

Resultados

Se estudiaron 704 casos. El 75% eran niñas. El relato del niño fue la forma más frecuente de descubrimiento del abuso (51%), la anamnesis fue positiva en el 45% de ocasiones. La exploración genital fue normal en el 74% de casos y la anal en el 79%. En la conclusión final, el 40% fue normal, el 11%, compatible, el 41%, alta probabilidad y el 4%, seguro abuso sexual. El abusador fue en el 92% de casos un varón. Los tocamientos fueron la forma más frecuente de agresión y en el 25% el abuso duró más de un año.

Conclusión

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa casi siempre en el relato del niño. El rendimiento de la exploración y de las exploraciones complementarias es muy bajo. Se propone una clasificación diagnóstica en cuatro niveles: normal, compatible, abuso muy probable y contacto sexual seguro.

Palabras clave:

Abuso sexual. Niño. Maltrato infantil.

SEXUAL ABUSE. EXPERIENCE IN A CHILD SEXUAL ABUSE UNIT

Objective

To describe the clinical findings in children treated in a child sexual abuse unit.

Patients and methods

We carried out a retrospective study of the clinical histories of children under suspicion of sexual abuse who visited the hospital from January 1992 to April 2000. Data on age, sex, need of urgent medical care, means of arrival, mechanism of discovery of abuse, parental separation, anamnesis, physical findings and complementary investigations were collected. The patients were then classified in four groups: normal, compatible, highly probable or certain sexual contact. In cases with a high probability of abuse, data of the aggressor's identity, place, duration and type of abuse were also collected.

Results

We studied 704 patients. Seventy-five percent were girls. The child's account of events was the most frequent means of discovering abuse (51%). Anamnesis was positive in 45% of the patients, genital examination was normal in 74% and anal examination was normal in 79%. According to our classification, 40% of the patients were normal, 11% were compatible, 41% were highly probable and 4% were of certain sexual contact. Ninety-two percent of aggressors were male. Molestation was the most frequent form of abuse and in 25% of cases abuse took place for more than 1 year.

Correspondencia: Dr. J. Pou Fernández.
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Pº Sant Joan de Déu, 2.
Esplugues de Llobregat. 08950 Barcelona.
Correo electrónico: jpou@hsjdbcn.org

Recibido en octubre de 2000.
Aceptado para su publicación en diciembre de 2000.

Conclusion

Diagnosis of sexual abuse is difficult and is almost always based on the child's account of events. The diagnostic yield of physical examination and complementary investigations is very low. We propose a diagnostic classification of four levels: normal, compatible, highly probable abuse and certain sexual contact.

Key words:

Sexual abuse. Children. Child abuse.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil es un problema grave y cada vez más frecuente, que puede causar secuelas a corto y a largo plazo. La incidencia real del abuso es desconocida, dada la tendencia, aún hoy en día, a la subdeclaración. A pesar de ello, es posible comprobar cómo el número de casos va aumentando y la edad de las víctimas es cada vez menor¹⁻³.

El diagnóstico de abuso sexual es difícil, ya que en muchas ocasiones se carece de datos objetivos. Dicho diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y las exploraciones complementarias. La historia es fundamental, ya que pocas veces aparecen lesiones en la exploración.

Hay que tener presente que la valoración del abuso y su diagnóstico presenta implicaciones legales que afectan no sólo a las víctimas y a sus familias, sino también a los profesionales que han realizado su valoración.

En el año 1992 se formó en el Hospital Sant Joan de Déu la unidad de atención a los niños abusados sexualmente, formada por dos pediatras, dos psicólogos, un asistente social y la colaboración puntual de todas las secciones del hospital.

El objetivo de este trabajo es conocer las características de los casos de sospecha de abuso sexual recogidos en el hospital y proponer una clasificación diagnóstica de los hallazgos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de los niños y niñas que acudieron a la Unidad Funcional de Abusos a Menores del Hospital Infantil Sant Joan de Déu (UFAM) con sospecha de abuso sexual, en el período de tiempo comprendido entre enero de 1992 y abril de 2000.

De cada historia se obtuvieron los siguientes datos: fecha de la visita, sexo, edad, si la atención fue urgente o no, vía de llegada, cómo se descubrió el hecho, situación de separación de los progenitores, resultado de la anamnesis, hallazgos de la exploración física, exploraciones complementarias y conclusión médica final.

De las historias clínicas de los niños diagnosticados de abuso se recogieron además los siguientes datos: sexo del agresor, relación con la víctima, duración del abuso,

lugar donde ocurrió y tipo de abuso a que fueron sometidos.

Se consideró que requerían atención urgente aquellos casos en los que por alguno de los siguientes hechos no podía demorarse la asistencia:

1. Agresión ocurrida hacía menos de 72 h.
2. Posibilidad de perder pruebas.
3. Necesidad de tratamiento físico o psíquico inmediato.
4. Necesidad de protección inmediata de la víctima.

La anamnesis se clasificó como positiva siempre que, directamente relatada por el menor, era creíble teniendo en cuenta la edad y las descripciones del paciente, y negativa cuando no era así. En ocasiones, no pudo clasificarse ni de una forma ni de otra, y se consideró dudosa.

La exploración física se clasificó como:

1. Normal cuando no había hallazgos.
2. Compatible cuando los signos podían ser debidos a un abuso, pero también por otra causa podían explicarse.
3. Sugestiva, cuando difícilmente podían ser debidos a un mecanismo diferente al abuso.
4. Segura, cuando demostraban sin duda la existencia de un contacto sexual.

Se practicaron serologías para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) y lúes, además de frotis vaginal y cultivo en todos los casos en los que existía la sospecha o seguridad de un contacto directo entre la víctima y el agresor, o existía intercambio de fluidos. En las situaciones de urgencia se actuó de acuerdo con el protocolo establecido⁴ y en presencia del médico forense cuando estaba indicada la práctica de lavados vaginales o anales.

Los resultados de las exploraciones complementarias, cuando se practicaron, se clasificaron como negativos, probables o seguros, repitiendo los controles al mes y a los 6 meses. Se consideraron seguras la presencia de semen, cultivos o serología positivos a lúes o gonococo o presencia de restos orgánicos no pertenecientes a la víctima.

La conclusión final realizada por todo el equipo en forma consensuada, estableciéndose con la combinación de todos estos datos, con cuatro únicas posibilidades diagnósticas:

1. Sin diagnóstico de abuso: *a)* no abuso: normal. No existen hallazgos que hagan sospechar un abuso, y *b)* compatible: los hallazgos pueden explicarse por un abuso, pero también por otras causas.
2. Diagnóstico de abuso: *a)* abuso muy probable: los datos positivos encontrados difícilmente se explican por otra causa que no sea el abuso sexual, pero no existen hallazgos objetivos que lo demuestren, y *b)* abuso o con-

tacto sexual seguro: existen signos objetivos que lo corroboran.

RESULTADOS

Durante el período analizado acudieron a la unidad 704 pacientes, y se detectó un crecimiento exponencial en el número de casos desde 1995 (fig. 1). La distribución por sexos fue de predominio femenino, el 75% de los pacientes fueron niñas. La distribución por edades de los niños que consultaron muestra una elevada incidencia entre los 3 y 8 años, entre los que se incluyen más de la mitad de los casos (55%). De los pacientes que consultaron, sólo el 7% requirió atención urgente.

Respecto a la vía de llegada (fig. 2), la sospecha familiar (principalmente de la madre) fue la más frecuente (34%), seguida de la sospecha profesional (médica, en la mayoría de las ocasiones) en el 27%. Los servicios sociales, órganos judiciales y policía, entre otros, fueron vías de entrada pero en menor proporción.

En la figura 3 se describe el descubrimiento de la situación de abuso sexual, siendo el relato directo del niño, en un 50%, la forma más frecuente. Casi la mitad de las familias (46%) estaban en situación de separación conyugal. La historia clínica fue positiva de abuso en el 45%, negativa en el 34% y dudosa en el 21%. La exploración genital fue normal en el 74% de casos, inespecífica en el

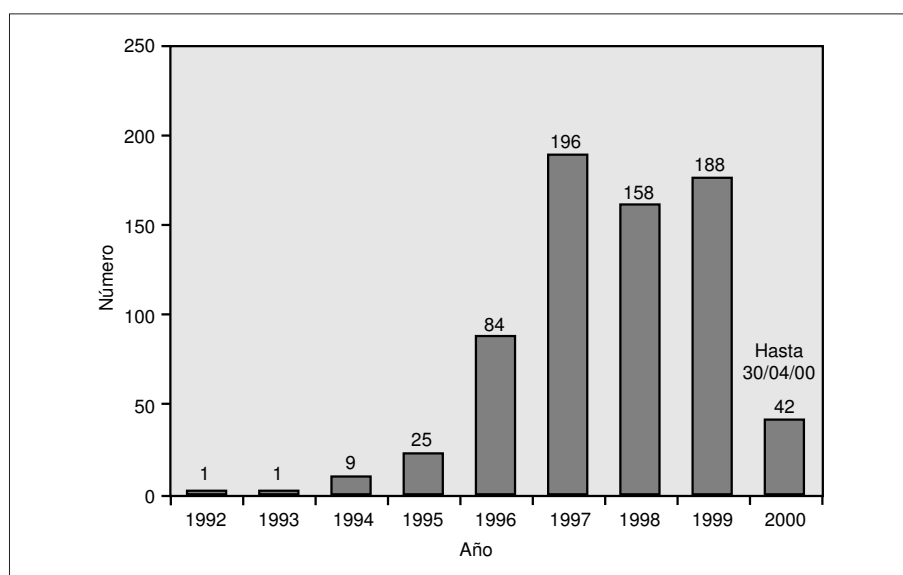


Figura 1. Consultas por años.

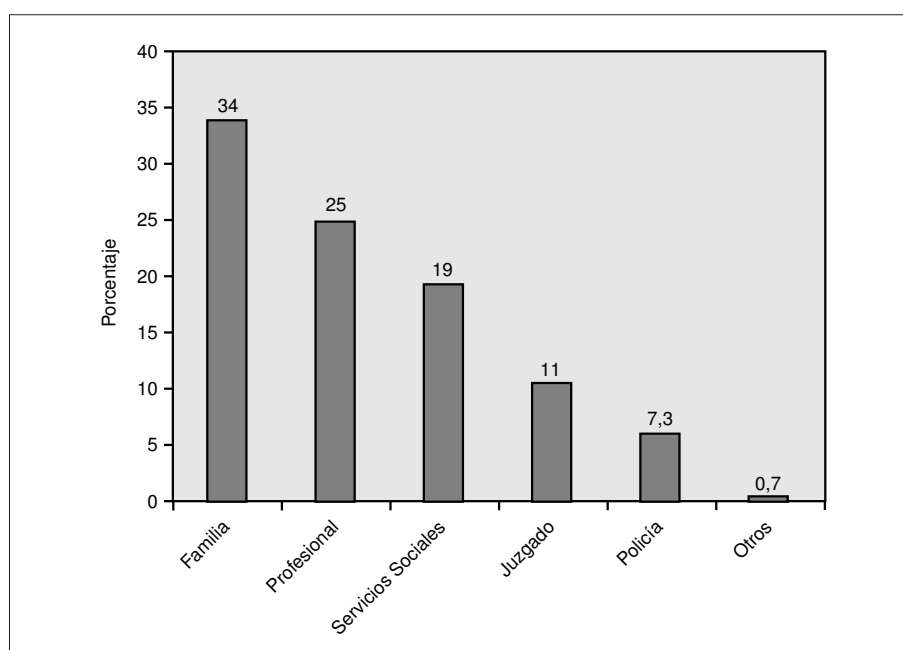


Figura 2. Vía de llegada.

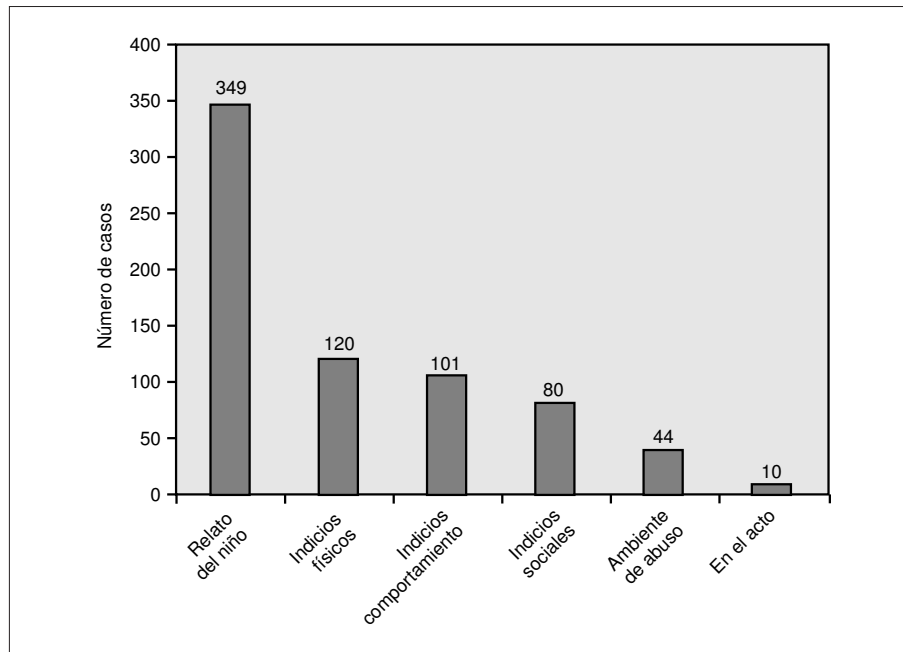


Figura 3. Descubrimiento.

11%, indicativa en el 12% y segura en el 3%. La exploración anal fue normal en 79%, inespecífica en un 10%, indicativa de abuso sexual en el 10% y segura en 1 caso. Se efectuaron exploraciones complementarias (frotis y cultivos de secreción vaginal, serologías VIH, VHB, VHC y luética) en el 32% de los pacientes. Se realizaron 125 frotis (18%) de los cuales 21 (3% del total) resultaron positivos, aunque con resultados inespecíficos. En 60 casos (8,5%) se practicaron serologías, de las cuales sólo dos fueron positivas, una a lúes y otra a VHB aunque en ésta no se pudo atribuir la positividad al abuso.

Se realizaron 94 cultivos (13,3%), siendo 19 de ellos positivos: seis a *Gardnerella vaginalis*, dos a *Trichomonas vaginalis*, uno a *Neisseria gonorrhoeae* y 10 con flora mixta e inespecífica.

La conclusión diagnóstica médica final de los casos fue:

Grupo 1. Sin diagnóstico de abuso en 359 casos (51%): a) no abuso en 281 casos (39%), y b) compatible en 78 casos (12%).

Grupo 2. Diagnóstico de abuso en 317 casos (45%): a) muy probable en 289 casos (41%), y b) seguro de contacto sexual en 29 casos (4%).

En el 4% (28 casos) no pudo concluirse el estudio por interrupción de las visitas por parte del paciente, lo cual se comunicó a las autoridades pertinentes.

En el grupo 1, de los diagnosticados de no abuso, el porcentaje de familias separadas llegaba al 56,5%, mientras que sólo era del 38% en los casos del grupo 2 en que el diagnóstico fue de abuso.

De los 317 niños diagnosticados de abuso, 80 eran varones (25%) y 237 mujeres (75%). Las edades de los pa-

cientes abusados muestra una incidencia casi uniforme entre los 4 y los 18 años, aunque con un discreto pico en la edad puberal.

En cuanto al sexo del agresor, en el 92% de casos eran varones, en el 1% mujeres, y en el 6% restante de los casos el abuso se produjo por más de un agresor, de ambos sexos.

En la figura 4 se recoge la relación entre la víctima y el agresor. Puede comprobarse que en el 74,5% de ocasiones, el agresor es un familiar o alguien muy cercano al menor. Sólo en el 6% era un desconocido. El padre biológico, con una incidencia del 23%, es el abusador más frecuente.

Al estudiar el escenario del abuso se comprueba que en la mayoría de los casos se trata de un lugar habitualmente conocido y frecuentado por el pequeño, ambiente que se supone que debe ofrecerle cierta seguridad. El 34% ocurren en el domicilio del agresor, el 30% en el común y el 6% en el de la víctima.

En cuanto a la duración del abuso (fig. 5), en 79 ocasiones (25%) el abuso tuvo un único episodio, y la duración superior a 1 año en otra cuarta parte, destacando dentro de éstos los 22 casos en los que el abuso se prolongó por un período superior a los 5 años (7%).

En la figura 6 se contabilizan, en valores absolutos, los distintos tipos de abuso, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones el tipo de abuso era múltiple. Los tocamientos, solos o combinados con otros tipos de abuso, fueron los más numerosos. Sólo en el 11% de casos se produjo un abuso exclusivamente sin contacto.

El diagnóstico de seguridad de abuso sexual se estableció en 29 ocasiones, por rotura himeneal en 25 ocasiones, embarazo en un caso, enfermedad luética con desgarro

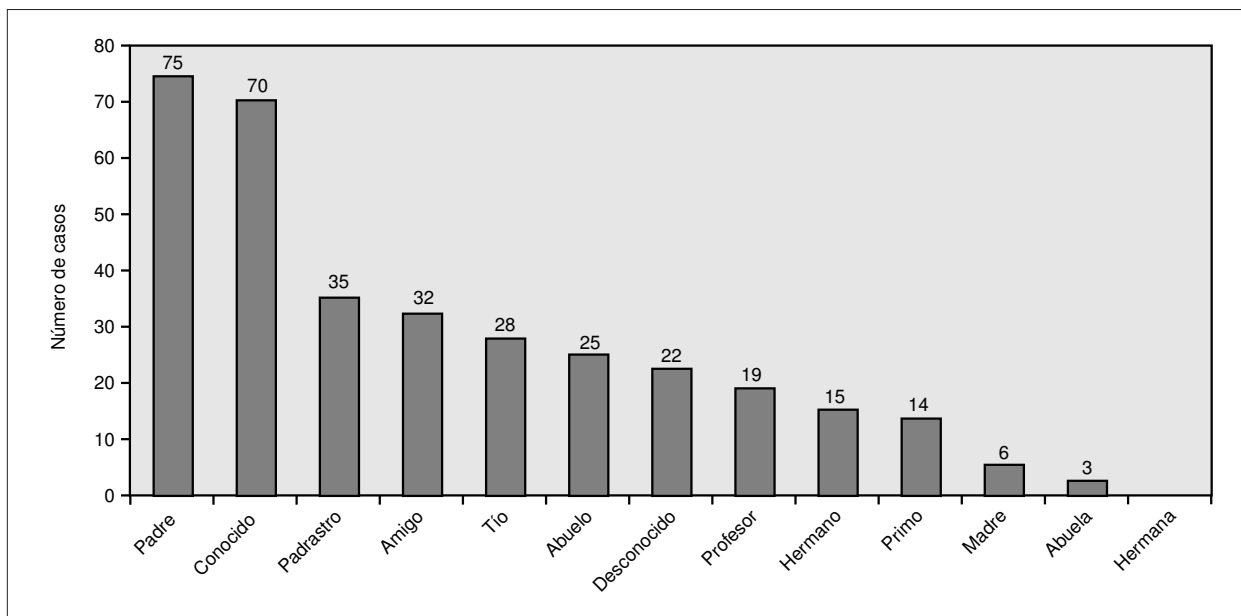


Figura 4. Relación víctima-agresor.

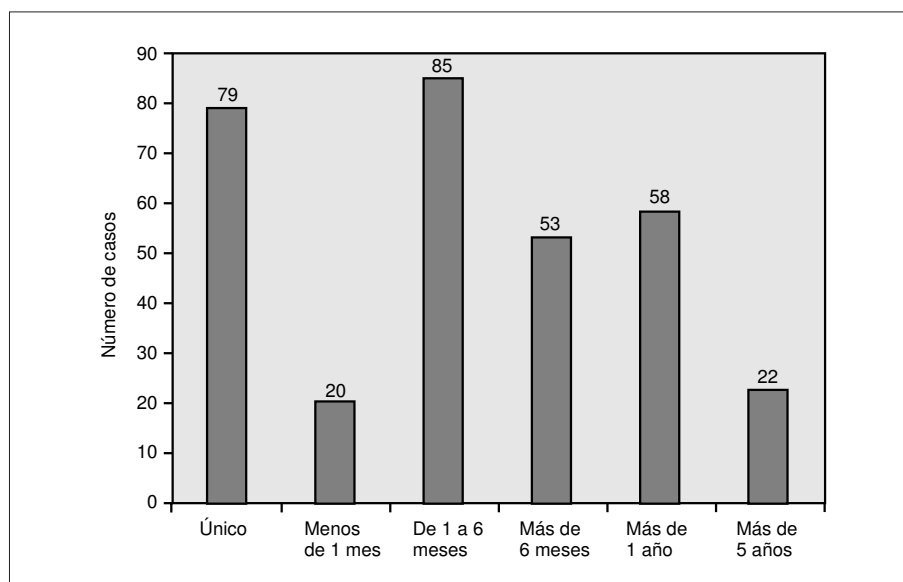


Figura 5. Duración del abuso.

completo del himen en otro caso, cultivo positivo a *N. gonorrhoeae* en otro y desgarró anal intenso con presencia de semen en el otro.

DISCUSIÓN

El estudio que presentado es una ampliación del estudio ya publicado en 1996⁵ sobre los casos de abuso sexual infantil valorados en nuestro centro hasta aquella época. Desde entonces el número de casos ha crecido de manera exponencial. A pesar del incremento de casos estudiados, la prevalencia real del abuso sexual infantil no se conoce. Algunos autores la cifran entre el 6-62% en las niñas, y el 3-16% en los niños^{6,7}. En España, López et

al⁸ efectuaron un estudio con el fin de intentar conocer la prevalencia de los abusos sexuales en una población adulta, y encontraron que el 15% de los varones y el 22% de las mujeres habían sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años de edad. A pesar de las diferentes cifras en la prevalencia, la mayoría de autores están de acuerdo en el incremento del número de casos diagnosticados en los últimos años, así como de la menor edad de las víctimas^{9,10}.

Las niñas fueron las víctimas en la mayoría de casos de nuestro estudio (75%), coincidiendo con otras series^{11,12}. En cuanto a la edad de las víctimas, nuestro estudio muestra una cierta uniformidad en la incidencia, con dis-

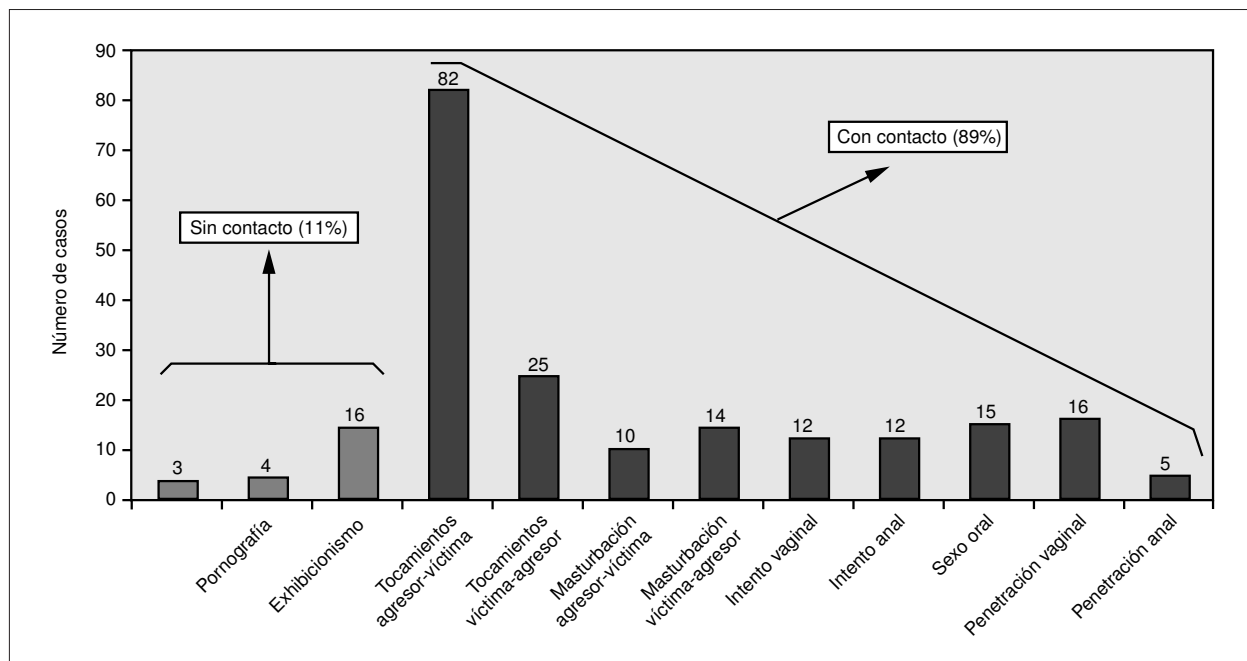


Figura 6. Tipo de abuso.

creto aumento en la edad puberal, pico que corresponde a las víctimas de sexo femenino. Cada vez las víctimas son de menor edad^{3,10}, a pesar de que en algunos estudios, sobre todo los efectuados en entrevistas a adultos sobre posibles abusos en su infancia, muestran la edad prepuberal y puberal como la de mayor incidencia^{8,12}. Es posible que cuando se pregunta sobre los abusos sexuales en la edad adulta, el paso del tiempo haya hecho olvidar las experiencias de posibles abusos sexuales ocurridos en edades tempranas y sólo se recuerdan los de la edad puberal o prepuberal. También puede explicarse que nuestros pacientes sean porcentualmente de menor edad por tratarse de un hospital pediátrico, de forma que los pequeños acuden a nuestro centro mientras los adolescentes acuden, además, a otros centros de adultos.

En nuestra serie sólo el 7% requirió atención inmediata. Esto pone de manifiesto que la mayoría de casos de abuso sexual son situaciones crónicas, que pueden diferir la visita médica, para ser valorados de forma más adecuada y por el personal más experto, aminorando de esta manera la posible victimización secundaria.

Los pacientes llegaron al hospital por diferentes vías, la más habitual fue la sospecha familiar (principalmente materna), seguido de la sospecha de un profesional (preferentemente un médico). Es curioso observar que pocos pacientes vienen remitidos por un psicólogo cuando las primeras manifestaciones suelen afectar a esta esfera.

En relación al mecanismo por el cual se descubrió el abuso, es decir, la forma de manifestarse que tenía, fue múltiple. En nuestros casos, el relato directo de la víctima (51%) fue la más frecuente. Este porcentaje puede

considerarse elevado, si se compara con algunas series¹¹, y teniendo en cuenta que en muchas ocasiones el abusador impone el secreto bajo amenazas, razón por la cual muchos abusos se alargan en el tiempo. Este dato es importante ya que la ayuda recibida por el joven en el momento de revelar la situación de abuso puede agravar o no las consecuencias de la agresión. Debe enseñarse a los niños a que lo manifiesten cuando sufren estos abusos, y a los adultos a hacerles caso y ayudarles¹².

El diagnóstico se establece mediante la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias¹³. La anamnesis es, sin duda, lo más importante, de ahí la importancia que sea realizada por el más experto. Los hallazgos físicos (apreciados por los familiares o por el profesional) fueron la segunda forma de descubrimiento del abuso (27%). En este punto se desea destacar la importancia de incluir en la exploración pediátrica sistemática, la exploración anogenital. Las alteraciones del comportamiento como primera manifestación del abuso sólo aparecieron en el 12% de los casos. Creemos que es un porcentaje bajo en comparación con algunas series¹¹, donde presentan porcentajes de hasta el 30%. Aunque la mayoría de niños y niñas abusados presentan, por lo general, alteraciones del comportamiento producidas por la situación de estrés y de imposición del secreto por parte del agresor, estos síntomas no siempre sugieren la posibilidad diagnóstica de abuso.

Las exploraciones complementarias (frotis y cultivo de secreción vaginal, serologías VHB, VHC, lúes y VIH) se realizaron en el 32% de los casos. No se efectuaron ex-

ploraciones complementarias en todos los pacientes, ya que se ha comprobado en diferentes estudios que la relación coste-beneficio no es muy adecuada. Se recomienda recoger muestras de todas las secreciones; determinar enfermedades de transmisión sexual específicas (*N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *sifilis*) en los pacientes cuando exista contacto con genitales del agresor, las víctimas presenten lesiones o cambios en área genital, el agresor tenga una enfermedad de transmisión sexual o factor de riesgo, y en todas las adolescentes. Asimismo, la determinación de serologías debe realizarse en función de características de la víctima, del agresor y del tipo de agresión¹⁴⁻¹⁷.

En nuestro estudio el 20% de cultivos de secreción vaginal realizados fueron positivos, la mayoría a gérmenes no relacionados con la vía de transmisión sexual. Se aislaron 6 casos de *G. vaginalis*, uno a *N. gonorrhoeae* y 2 casos de *T. vaginalis*. Se diagnosticó 1 caso de sífilis en un adolescente. Los condilomas acuminados se consideran en el adulto una enfermedad de transmisión sexual, pero en el niño pueden encontrarse otros mecanismos de contagio. Es indiscutible que la frecuencia de condilomas acuminados relacionados con el abuso sexual se incrementa de forma progresiva con la edad de los niños^{18,19}. En el Hospital Sant Joan de Déu, todos los niños con condilomas acuminados perianales o genitales son remitidos a la UFAM para valoración y descartar una posible agresión sexual. Entre todos los pacientes atendidos en la unidad no se encontró ningún caso cuya vía de contagio pudiera ser la sexual, por lo que fueron excluidos del estudio.

Así como el aislamiento de *N. gonorrhoeae* o el diagnóstico de lúes permiten asegurar el contacto sexual, la presencia de *G. vaginalis* en adolescentes es difícil de relacionar de forma unívoca con el abuso, sobre todo porque existen pocos estudios sobre la flora vaginal fisiológica en las niñas²⁰.

En nuestra serie, la mayoría de abusos se producían por personas cercanas al niño (75%) y casi siempre por un varón (92%). Estas circunstancias son las que se encuentran con mayor frecuencia en las series de otros autores. Es raro que las mujeres sean abusadoras. El hecho de que un abuso sea intrafamiliar, no implica la necesidad de que éste se descubra antes.

Los tocamientos, en forma exclusiva, o junto con otros tipos de abuso, constituyen la forma más frecuente de abuso, aunque ello puede variar según las definiciones o criterios de abuso que se utilicen o a la persona a quien se pregunte sobre el abuso^{7,11}. Como se ha indicado, raramente hay una sola forma de abuso en cada caso.

Tras la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias, se establece una conclusión diagnóstica final. Para facilitar la comprensión nosotros clasificamos los casos en 4 grupos: ausencia de abuso sexual, compatible con abuso, abuso sexual muy probable y abu-

so sexual seguro (cuando existen signos objetivos que lo demuestran). En nuestra serie se ha encontrado el 41% de casos muy probables y el 4% de seguros. Es decir, la mitad de los pacientes tenían una alta probabilidad de haber sufrido un abuso.

Los dos primeros grupos (normal y compatible) corresponden al diagnóstico médico de no abuso, mientras que los otros dos (muy probable y seguro) al diagnóstico médico de abuso. El motivo de establecer estos 4 grupos es el de intentar facilitar la interpretación de los hallazgos por parte de jueces, fiscales y abogados²¹. Debe tenerse en cuenta que el diagnóstico médico no siempre coincide con las decisiones legales y que esta aportación sólo constituye una información más, de tipo técnico, que poseen jueces, fiscales y abogados.

Aunque se desconoce el porcentaje de matrimonios separados en nuestra sociedad, el porcentaje de separaciones en nuestra serie es elevado. Es de señalar que en los casos no diagnosticados de abuso los matrimonios separados representan el 56,5%, mientras que en los casos de diagnóstico de abuso sólo representan el 38%. Ello debe poner sobre aviso al pediatra que aborda un caso de posible abuso de que en muchos casos la sospecha de un abuso es utilizada con fines no relacionados con el niño, sino con el litigio de los mayores, y que nuestra intervención, en caso de no ser muy cauta, puede ser muy iatrogénica. De ahí se deriva el interés y la importancia del trabajo en un equipo pluridisciplinario y con decisiones finales consensuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stevens-Simons C, Reichert S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148: 23-27.
2. Hymel KP, Jenny C. Abuso sexual de niños. *Pediatrics Rev* (ed. esp.) 1996; 17: 291-305.
3. Fisher DG, Mc Donald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1998; 22: 915-929.
4. Pou J, Comas Ll, Ruiz A, Arimany J. Abús sexual. Procediment assistencial i mèdico-legal al Servei d'Urgències. *Pediatría Catalana* 2000; 60: 1-8.
5. Pou Fernández J, Jordán García I, Gómez López L. Abuso sexual infantil. Nuestra experiencia de un año. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 245-248.
6. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17: 67-70.
7. Edgarrh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old-boys and girls. *Acta Paediatr* 2000; 88: 310-319.
8. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes F. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 1995; 19: 1039-1050.
9. Hobbs CJ, Wynne JM. Child sexual abuse and increasing rate of diagnosis. *Lancet* 1987; 837-841.

10. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1994; 18: 409-417.
11. Moghal NE, Nota IK, Hobbs JC. A study of sexual abuse in an Asian community. *Arch Dis Child* 1995; 72: 346-347.
12. Halperin DS, Bouvier P, Rey H. A contre coeur a contre-corps. Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants. *Ginebra: Médecine et Hygiène*, 1997; 53-63.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191.
14. Sirotnak AP. Testing sexually abused children for sexually transmitted diseases: who to test; when to test and why. *Pediatrics Annals* 1994; 23: 370-374.
15. Siegel RM, Schubert ChJ, Myers PA, Shapiro RA. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics* 1995; 96: 1090-1094.
16. Hammerschlag MR. The transmissibility of sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect* 1998; 22: 623-635.
17. Robinson AJ, Watkeys JEM, Ridgway GL. Sexually transmitted organisms in sexually abused children. *Arch Dis Child* 1998; 79: 356-358.
18. Arimany Manso J, Pujol Robinat A, González-Enseñat MA. Condilomas acuminados en la infancia. Interés médico-legal. *Piel* 1995; 10: 501-503.
19. Martínez-Roig A, Sánchez X. The pediatrician, sexual abuse and anogenital warts in prepuberty. *Child Abuse and Neglect* 1996; 20: 55-62.
20. Pou Fernández J, Ruiz A, Reus E. Role of the *Gardnerella vaginalis* in the diagnosis of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 2000; 24: 1-6.
21. Pou Fernández J. Protección de menores en el código penal. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 1998; 153-167.