

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Abordaje del abuso sexual infantil

Approachment of child sexual abuse



¹**Dra. Michelle Pamela Fung Fallas**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-0664-6059>

²**Dra. Natalia Verónica Medina Correas**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-5872-5819>

³**Dra. Cristina Quesada Musa**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-2383-7538>

RECIBIDO

25/01/2020

CORREGIDO

19/02/2020

ACEPTADO

01/03/2020

RESUMEN

El abuso sexual infantil es un problema con alta prevalencia tanto en Costa Rica como a nivel mundial. El mismo puede presentarse con cambios en el comportamiento, signos externos al examen físico, o bien ser silencioso y revelarse por medio de la divulgación por parte de la víctima. El médico y demás personal de salud deben desempeñar una serie de diversas funciones para abordar estos casos, entre ellas diagnosticar el abuso y descartar diagnósticos diferenciales, informar a los servicios de protección infantil, evaluar y tratar las posibles infecciones de transmisión sexual, brindar apoyo y tranquilidad a los niños y sus familias, así como aconsejar a los padres y niños sobre formas de ayudar a mantenerse a salvo del abuso sexual. De esta forma, se logra una intervención integral de la víctima y su entorno que favorezca un mejor pronóstico.

PALABRAS CLAVE: abuso sexual infantil; himen; menores; adolescente; pediatría.

ABSTRACT

Child sexual abuse is a problem with high prevalence both in Costa Rica and worldwide. It can be presented with changes in behavior, signs outside the physical examination, or be silent and revealed through disclosure by the victim. The doctor and other health personnel must play a number of different roles to address these cases, including diagnosing abuse and

¹ Médico general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR).
cod. MED16824.
mfungf@gmail.com

² Médico general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR).
cod. MED16827.
nvmc25@gmail.com

³ Médico general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR).
cod. MED16796
cristina.quesada.musa@gmail.com



ruling out differential diagnoses, informing child protection services, evaluating and treating sexually transmitted infections, providing support and peace of mind to children and their families, as well as to advise parents and children on ways to help keep them safe from sexual abuse. In this way, an integral intervention of the victim and his environment that favors a better prognosis is achieved.

KEYWORDS: child abuse; sexual; hymen; minors; adolescent; pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil consiste en “la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual, con violencia, engaño o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir en virtud de su edad y diferencia de poder”, según Academia Americana de Pediatría (1). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud menciona que “puede incluir, pero no se limita a, violación, contacto no deseado, violencia sexual amenazada, exhibicionismo y uso de niños en pornografía o trabajo sexual” (2). Es preocupante que el mismo implica un problema con alta prevalencia a nivel mundial, que puede ocurrir tanto dentro de las familias como fuera del hogar y puede implicar contacto físico o no; siendo una consulta altamente frecuente en la atención primaria, en donde se debe conocer cuál es el manejo adecuado (3,4).

El hecho de conocer que gran cantidad de hombres y mujeres son víctimas de abuso sexual en algún momento de su infancia, obliga a los profesionales de salud a saber que tienen la responsabilidad ética y legal de proteger a los menores de edad de la violencia y detectar a tiempo los casos de sospecha de abuso sexual, para así dar una

respuesta asistencial adecuada a los que lo puedan estar padeciendo y notificar a las instituciones de protección y justicia respectivas. Para ello, es fundamental realizar una correcta valoración médica, con una historia clínica veraz y examen físico de la posible víctima, con el fin de lograr un manejo médico apropiado cuando se amerite, en beneficio tanto del estado físico como psicológico del menor de edad (5–7).

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo del presente artículo es brindar una guía sobre el abordaje del abuso sexual infantil, con énfasis en las posibles presentaciones y distintos puntos que deben evaluarse tanto en la historia clínica como en el examen físico, con el fin de poder ofrecer una respuesta básica de calidad ante estos casos.

METODOLOGÍA

Para elaborar este artículo, se buscó bibliografía de las bases de datos PubMed, Clinical Key, Google Scholar y Science Direct, la misma publicada entre el 2015 y el presente año. Se utilizaron los términos “abuso sexual infantil”, “child sexual abuse”, “children” y “guidelines”. La búsqueda se enfocó en la información más actualizada y en los artículos que

tuvieran mayor relevancia y vigencia con el contenido a exponer en este trabajo.

EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de abuso sexual a nivel mundial es alta, ya que aproximadamente 150 millones de mujeres y 73 millones de varones han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad (4). A nivel mundial, la prevalencia de abuso sexual en niños varía de 7,6% a 45% (8). En Costa Rica esta prevalencia es de 32,2% (1).

Según las encuestas de la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad contra los Niños, aproximadamente uno de cada veinte niños experimenta abuso sexual por contacto físico, de los cuales muchos no lo revelan y solo del 10 al 15% de los casos llega a las autoridades (3,9). Quienes lo sufren son principalmente mujeres entre los 10 y 14 años (10).

Los menores de edad excepcionalmente acusan falsamente el haber sido abusados. Lo más frecuente, es que nieguen el abuso sexual a pesar de que existió (11).

PRESENTACIONES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los niños y adolescentes abusados sexualmente pueden no mostrar signos externos, por lo que se debe estar atentos a las siguientes presentaciones (3):

- **Divulgación:** depende de la edad del niño, la capacidad de encontrar palabras y la voluntad de expresar lo

que sucedió (3). Muchas veces la divulgación de un niño es la única evidencia disponible (9). Los niños más pequeños (menores de 6 años) tienen más probabilidades de revelar de manera espontánea, mientras que los niños mayores tienden a revelar de manera más decidida por lo que se tardan más en divulgar la información (12).

- **Comportamiento:** la mayoría de menores muestran signos de angustia (llanto, temor, vergüenza) y síntomas médicamente inexplicables como: dolor genital o abdominal (principalmente), sensación de suciedad, autolesiones, mutismo, trastornos alimentarios, enuresis, incontinencia fecal o estreñimiento (3,6,11–14). Mientras que los adolescentes suelen responder deprimiéndose, experimentando con drogas o alcohol, o huyendo de casa (5).
- **Signos físicos:** se incluye sangrado vaginal o rectal inexplicable, dolor o flujo genital, hematomas en áreas íntimas, hematomas por succión en el cuello, infecciones de transmisión sexual o embarazo (3). En las presentaciones físicas y conductuales, los profesionales de salud tienen un papel clave en reconocer si se trata de un posible abuso sexual o de alguna otra causa posible (3).

ABORDAJE DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los casos de menores víctimas de violencia sexual deben ser considerados como urgencia médica y requieren de

una atención inmediata (primeras 24-72 horas a partir de que ocurre el evento), ya que las consecuencias incluyen tanto lesiones físicas y psicológicas como posibles infecciones de transmisión sexual (1,5,14,15).

1. HISTORIA CLÍNICA

1.1 ENTREVISTA Y EXPEDIENTE

En el caso de infantes, se debe procurar el uso de preguntas generales, sencillas y abiertas, no sugestivas a posibles respuestas. Además de establecer una relación de respeto, confianza y confidencialidad, manteniendo una actitud amable y sin prejuicios contra la víctima y siendo conscientes de la gravedad de su problema, el cual generalmente se encuentra acompañado de dolor, vergüenza, miedo e inseguridad (1,5,11,14).

Si existe una divulgación o denuncia anterior, ya sea una entrevista policial o de asistencia social, se puede obtener información detallada de dichos profesionales, de modo que el menor no necesite repetir su historia. Es posible solo aclarar datos relevantes para preservar la evidencia verbal (3,11).

En caso de no existir divulgación anterior, es necesario desarrollar una cronología detallada de la(s) causa(s) de preocupación, que generalmente es una serie de cambios de comportamiento a lo largo del tiempo (3).

Es importante recordar anotar en el expediente todos los datos con la mayor claridad posible: historia del niño y testigos, descripción de la

situación y las lesiones, entre otros (11).

1.2 ANTECEDENTES

Al igual que en otra evaluación pediátrica, se debe preguntar por antecedentes médicos patológicos y no patológicos, así como antecedentes familiares y sociales e historial de desarrollo. En casos de sospecha de abuso sexual, la toma de antecedentes también debe cubrir cualquier comportamiento sexual voluntario o con consentimiento (principalmente en adolescentes), pubertad e historial menstrual, síntomas o lesiones en genitales y antecedentes de mutilación genital femenina, además de detectar signos de angustia emocional y factores de riesgo de abuso sexual. Se debe preguntar específicamente sobre el sangrado genital o anal inexplicado, así como las hemorragias relacionadas con el abuso, ya que esto aumenta la probabilidad de hallazgos físicos (3,14).

1.3 FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgo que vuelven a algunas poblaciones más vulnerables, entre ellos:

- **Intrapersonales (relacionados con el niño o adolescente):** niños con discapacidades físicas, cognitivas (retardo mental) o sensoriales (invidentes), autismo, comportamientos sexuales riesgosos (principalmente en adolescentes) (3,6,10,16).
- **Interpersonales (relacionados con el cuidador):** problemas de salud mental en los padres, padres solteros o disfunción marital

(3,6,10,16).

- **Relacionados al entorno dentro del cual vive la familia:** uso indebido de sustancias parentales, historia de abuso o violencia doméstica, familias con antecedentes de negligencia, mala relación entre padres e hijos, estructuras familiares socialmente deprivadas (3,6,10,16).

2. EXAMEN FÍSICO

Como principio fundamental, los menores no deben ser examinados más de lo necesario; por lo que se recomienda que la valoración la realice el médico de mayor experiencia que se encuentre en el servicio en ese momento. Además, es recomendable realizar la valoración en compañía de un familiar o personal de salud, explicando por adelantado lo que se va a realizar tanto al niño como al cuidador. Asimismo, antes de iniciar un acercamiento, se debe preguntar al menor si lo acepta (1,3,6,11,14).

2.1 LESIONES ENCONTRADAS

Se debe realizar un examen de cuerpo completo (11,17). A nivel general, pueden producirse lesiones no genitales (por ejemplo, hematomas con marcas de agarre, lesiones orales, marcas de mordidas o hematomas por succión). También son hallazgos incidentales frecuentes las marcas de corte por autolesiones (3). Pueden verse lesiones recientes, como hematomas o laceraciones en las zonas genitales, hasta 3 semanas después; así como lesiones antiguas, incluyendo transección del

himen y cicatrices perianales, las cuales se pueden ver indefinidamente (3,18). Existen varios factores que pueden modificar los hallazgos al examen físico, entre ellos la cronicidad de las lesiones y la rapidez y capacidad de regeneración de los tejidos anogenitales. Además, el abuso sexual muchas veces consiste en acariciar, frotar, o establecer contactos orales-genitales, los cuales probablemente no produzcan lesión alguna; es por ello que la mayoría de valoraciones muestran una anatomía normal, por lo que no debe descartarse un abuso sexual ante hallazgos normales (1,3,7,11). Sin embargo, es de suma importancia reconocer en el servicio de emergencias una lesión clásica (laceración unilateral en el surco interlabial) (3).

2.2 TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

- **Valoración de genitales externos femeninos:** en el caso de las niñas, el examen genital puede realizarse en diversas posiciones (1,3,6,10,11,17,18):
 - Genupectoral o Mahometana: boca abajo, con las rodillas dobladas debajo del cuerpo pegando al pecho y caderas elevadas. Esta posición se prefiere si se sospecha de lesión intravaginal, exudado o presencia de un cuerpo extraño.
 - Decúbito supina “de rana” o litotomía: pies juntos cerca de los glúteos y rodillas abducidas.

- Semi-supina con las piernas abiertas en el regazo de un cuidador, con el fin de conseguir una abducción de cadera adecuada.

El examinador debe separar suavemente los labios con las manos sobre la piel externa -ya sea hacia abajo y lateralmente o bien, de forma superolateral-, exponiendo el vestíbulo vaginal y permitiendo valorar el himen, lugar donde se encuentran la mayoría de lesiones (desgarros parciales o completos en la fosa navicular y posterior, principalmente). Una de las partes clave del examen es ver la suavidad (o no) del borde libre del himen. Una dilatación himenal >5-6 mm o un desgarro en los bordes del himen en la posición entre las 4 y 8 horas, que genera una muesca en forma de V, es altamente sugestivo de penetración. Esta lesión puede llegar a tener un aspecto en forma de U con el tiempo y se conoce como transección (parte radial faltante de la circunferencia himenal), por lo que este hallazgo es sugestivo de trauma previo. Se debe valorar además la presencia de descarga vaginal purulenta y eritema tanto en labios como en cara medial de muslos (1,3,6,10,11,17,18). El uso de espéculos en niñas

prepúberes está contraindicado, excepto en casos de hemorragia vaginal de origen aparentemente interno o de lesiones vaginales penetrantes. Cuando se llevan a cabo exploraciones con espéculo, estas deben realizarse bajo anestesia general (3,6,11,18).

- **Valoración de genitales externos masculinos:** en el caso de los niños, el examen genital generalmente se utiliza la posición de úbito supina. Si tienen edad suficiente ellos mismos pueden retraer su propio prepucio. Se debe realizar una inspección del frenillo del pene, ya que puede desgarrarse en la retracción forzada, además de verificar fisuras o erosiones en glándula, petequias y sugilaciones en pene o testículos, excoriaciones en cara interna de muslos, así como cuerpos extraños o secreciones (1,3,18).
- **Examen anal:** se realiza en la posición genupectoral, lateral izquierda, o bien, si el menor de edad se encuentra tenso, en posición decúbito supina con las rodillas cercanas al pecho (abrazando las rodillas) (1,3). Se deben separar los glúteos, observando cualquier pérdida de elasticidad o dilatación de los esfínteres anales >15mm y verificando si hay laceraciones profundas o cicatrices ocultas en los pliegues de la circunferencia anal (3,10,17).

En caso de hallazgos de sangrados o desgarro, el menor debe ser valorado por el servicio de cirugía pediátrica (11).

- **Otros:** por otro lado, el “estándar de oro” es documentar los resultados de los exámenes genitales y anales (incluidos los normales) en imágenes, para posteriormente permitir la revisión por pares. Para ello, se debe solicitar el consentimiento informado al menor y una persona responsable legal (3,14,18).

Además, se recomienda recoger todo el material que pueda servir en la corte para sancionar al agresor, por ejemplo: ropa con sangre, cabellos, líquido seminal o secreciones, secreciones vaginales o rectales (11).

2.3 IMITADORES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Al realizar el examen físico es importante descartar otras afecciones médicas. Dentro del diagnóstico diferencial del abuso sexual se incluyen:

- **Lesiones accidentales a horcajadas** (con piernas abiertas). Las lesiones accidentales en el área genital rara vez son bilateralmente simétricas y frecuentemente implican signos externos como hematomas en muslos internos y/o labios mayores (17).
- **Dermatitis irritante** del área anogenital en bebés y niños que todavía usan pañales, niños que

no tienen una buena higiene o con enfermedad diarreica (17). También por el uso de ropa ajustada, toallitas perfumadas o jabones desodorantes (13).

- **Vulvovaginitis, eccema o infección** por estafilococos, estreptococos del grupo A, Haemophilus o levaduras, que cursan con degradación de la piel y sangrado. Si se presenta un flujo vaginal (no es común en abuso sexual), lo ideal es cultivarlo para diferenciar una infección común de una infección de transmisión sexual (5,17).
- **Otras:** enfermedad de Crohn, síndrome de Behcet, molusco contagioso, virus del papiloma humano (VPH), virus del herpes simple (VHS), prolapso uretral o anal, fisuras anales causadas por estreñimiento o esfuerzo con la defecación (13,17).

3 POSTERIOR A LA VALORACIÓN

Una vez que la preocupación por el abuso sexual es explícita, deben seguirse los procesos de notificación a las entidades respectivas para protección del menor, entre ellas asistencia social e instancias judiciales correspondientes; así como valoración por un especialista o médico legal, quien se encarga de realizar una valoración especializada y tomar las muestras pertinentes al caso (por ejemplo pruebas de ADN) (3,5,11).

En caso de considerarse una situación de alto riesgo si se envía a la víctima a su lugar de origen, la misma debe hospitalizarse (11).

Se debe explicar los hallazgos encontrados a los padres y discutir las

preocupaciones y consideraciones de salud, como probabilidad de embarazo y contagio de infecciones de transmisión sexual. Se recomienda llevar a cabo las siguientes acciones:

- **Anticoncepción hormonal de emergencia** (hasta 5 días) (1,3).
- **Profilaxis post-exposición para VIH** en víctimas con historia de penetración oral, anal o vaginal (hasta 3 días) **y hepatitis B** (hasta 6 semanas) (1,3,11).
 - Se debe informar a los familiares sobre los efectos adversos de la terapia antirretroviral (11).
- **Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual** (siempre) **y tratamiento antibiótico** (en caso de ser necesario, con el fin de prevenir enfermedad pélvica inflamatoria) (1,3,11).
 - Se recomienda siempre tomar: Elisa por VIH, VDRL y serologías para hepatitis B y C. En casos específicos según hallazgos al examen físico, se debe tomar serología para herpes, cultivos de secreciones vaginales o uretrales y prepuciales (1,3,11).
 - Es importante recalcar que algunas enfermedades tienen alto índice de sospecha de abuso, entre ellas: gonorrea, clamidia y sífilis; mientras que otras infecciones como las causadas por papilomavirus, virus del herpes simple y VIH pueden adquirirse durante el nacimiento o antes (1,3,11).
- **Tomar hemograma, pruebas de función renal y hepática, examen**

general de orina y frotis de heces, además, se debe brindar apoyo emocional y tranquilidad terapéutica. Es importante siempre evaluar signos de problemas relacionados con la salud mental como trastorno de estrés postraumático, trastornos alimenticios, ideación suicida y autolesión; así como ofrecer asesoramiento psicológico especializado en caso de ser necesario (3,10,19).

CONCLUSIONES

Mediante esta revisión se determinó que el abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato infantil más desafiantes que encuentra el personal de salud, en el cual no se tiene una presentación específica y la divulgación tardía es común, lo que dificulta su diagnóstico y posterior manejo.

No obstante, existen recomendaciones a seguir con respecto a la historia clínica y examen físico, donde se resaltan puntos clave para un adecuado abordaje.

Para un correcto diagnóstico se deben documentar plenamente las comorbilidades médicas, factores sociales y familiares, de modo que se permita una intervención completa y eficaz con el paciente y su familia. Además, se debe realizar un examen físico completo y tomar en cuenta que en la mayoría de los casos no hay evidencia física del abuso y que los hallazgos físicos por sí solos no diagnostican definitivamente un abuso sexual. Con base en lo anterior, los profesionales de salud deben saber abordar los casos de abuso sexual y ofrecer una respuesta básica de calidad, ya que los mismos implican secuelas en distintos ámbitos

(psicológico, biológico y social), por lo que una intervención integral a la víctima y su entorno puede favorecer un mejor pronóstico.

REFERENCIAS

1. Hernández B, Gutiérrez G, Flores G. Examen físico en abuso sexual infantil en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. *Rev Clínica la Esc Med UCR-HSJD* . 2019;9(2):49–55. https://doi.org/10.15517/RC_UCR-HSJD.V9I2.37360
2. Amin A, MacMillan H, García C. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO recommendations. *Paediatr Int Child Health*. 2017;38(2):85–6. <https://doi.org/10.1080/20469047.2018.1427179>
3. Gifford J. A practical guide to conducting a child sexual abuse examination. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)*. 2019;29(10):448–54. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2019.07.006>
4. González M, Álvarez S, Soto J, Quirós V. Abordaje del abuso sexual infantil: combatiendo la revictimización. 2016;33(1). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00116.pdf>
5. Lane W, Dubowitz H. Sexual Abuse. In: Nelson Textbook of Pediatrics. 2020. p. 98-111.e1.
6. Chiesa A, Golding C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev*. 2017;38(3):105–18. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107585812.017>
7. Joki-Erkkilä M, Niemi J, Ellonen N. Child sexual abuse — Initial suspicion and legal outcome. *Forensic Sci Int*. 2018;291(2018):39–43. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.06.032>
8. Moynihan M, Mitchell K, Pitcher C, Havaei F, Ferguson M, Saewyc E. A systematic review of the state of the literature on sexually exploited boys internationally. *Child Abus Negl*. 2018;76:440–51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.003>
9. McGuire K, London K. A retrospective approach to examining child abuse disclosure. *Child Abus Negl*. 2019;99(2020):104263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104263>
10. Franco A, Ramírez L. Child sexual abuse: Clinical perspectives and ethico-legal dilemmas. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(1):51–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.003>
11. Centro de ciencias médicas de la CCSS. Intervenciones por el personal de salud en el servicio de urgencias pediátricas en caso de abuso sexual a niños y niñas. *Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera*. 2015;23–36.
12. McElvaney R, Moore K, O'Reilly K, Turner R, Walsh B, Guerin S. Child sexual abuse disclosures: Does age make a difference? *Child Abus Negl*. 2020;99. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104121>
13. Freeman M. Child Sexual Abuse and Differential Diagnoses: A Case Report. *J Pediatr Heal Care*. 2019;33(2):201–5. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.08.006>
14. Gil J, Vicente C. Abuso sexual infantil. *AEPap (ed) Congr Actual Pediatr*. 2019;3:267–75.
15. Arroyo G. Valoración médico legal de la víctima de delito sexual. *Med Leg Costa Rica*. 2016;33(1):126–32. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/2215-5287-mlcr-33-0100126.pdf>

16. Yoon S, Voith LA, Kobulsky JM. Gender differences in pathways from child physical and sexual abuse to adolescent risky sexual behavior among high-risk youth. *J Adolesc.* 2018;64(2018):89–97. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.006>
17. Pomeranz ES. Child Abuse and Conditions That Mimic It. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(6):1135–50. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.07.009>
18. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(2):81–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.01.007>
19. McTavish JR, Sverdlichenko I, MacMillan HL, Wekerle C. Child sexual abuse, disclosure and PTSD: A systematic and critical review. *Child Abus Negl.* 2019;92(April):196–208. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.006>