



# Valoración médica y recolección de evidencias en el paciente víctima de un delito sexual

*Myriam Patricia Pachón G. Bacteriologa y Laboratorista Clínico. Médica Interna . Universidad Nacional de Colombia. Jorge Andrés Franco Z. Profesor Asistente Grupo de Medicina Forense, Departamento de Patología. Universidad Nacional de Colombia.*

*“La satisfacción que un hombre adulto consigue al exhibirse, reside en el hecho de observar la reacción ajena (miedo, confusión, sorpresa). Su erotismo puede ser estimulado por las dificultades sociales y legales.”*

**Alfred Kinsey. 1954**

## INTRODUCCION

Durante la práctica médica general o especializada en ginecología o pediatría, el médico suele encontrar casos de pacientes o familiares que relatan historias de abuso o ataque sexual. El presente artículo pretende revisar el manejo médico de estas situaciones, destacar la importancia de este acto médico, el papel del profesional en la denuncia del hecho y su participación en la recolección de evidencias.

Según las estadísticas disponibles en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1), a pesar del subregistro y número de casos no denunciados, en 1996 en Colombia se obtuvo una tasa de 27 denuncias relacionadas con delitos

sexuales por cada 100.000 habitantes. Se estableció que en 88% de los casos, las víctimas eran mujeres; el grupo etáreo más afectado fue el de 10-14 años (34%), seguido por el de 5-9 (24%). En el caso de los hombres, el grupo de 5-9 años resultó más afectado (42%).

En 85% de los casos (9163) se logró establecer la relación entre el agresor y la víctima, correspondiendo en 75% a un conocido. Del total de 10.847 exámenes practicados se encontraron en 3844 casos evidencias físicas en el examen médico, tales como desgarros, laceraciones, semen, entre otras.

En los 34 estudios de DNA que realizó el laboratorio de Genética del Instituto, se logró confirmar, la identidad de 21 agresores.

## Legislación y delitos sexuales

Históricamente se han producido infinidad de cambios en la caracterización y ajusticiamiento de los llamados delitos sexuales. Si nos remontamos al segundo milenio antes de Cristo encontramos que en

el Código de Hammurabi se contemplaban los castigos para el delito de violación sexual. Así, si la violada era una mujer virgen, el violador era sentenciado a muerte, pero si se trataba de una mujer casada, ambos, violador y víctima eran considerados culpables y condenados a morir ahogados. La diferencia entre las penas aplicadas en caso de violación a mujeres vírgenes o no, perduró durante la edad media y el renacimiento, y sólo fue eliminada por las leyes inglesas hasta finales del siglo XIII (2).

El desarrollo de la sexología como ciencia ha permitido conocer mejor todos los aspectos de la función sexual humana y ha contribuido en la evolución de los conceptos relacionados con las leyes; en el caso particular de nuestro país, por ejemplo, el Código Penal de 1936 consideraba como un agravante punitivo la violación de una mujer virgen, además, castigaba las actividades homosexuales consensuales en mayores de 14 años, delito que entre otras cosas, nunca tuvo condenados durante su vigencia, hasta 1980. Igualmente, el decreto

100 de 1980 (Legislación penal en delitos sexuales vigente hasta 1997) eliminó la teórica "autorización" a los maridos para asesinar a sus mujeres, como defensa de su "honor" en el caso de que estas cometieran adulterio (art.382).

Actualmente, por medio de la ley 360 de 1997 se modificaron nuevamente las disposiciones denominándoseles Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad humana, en ellos se aumenta de manera considerable y hasta descontextualizada la penalización de los delitos, perdiendo el marco de referencia con otros delitos, como sucede en el caso particular de la violación, en el que la violencia se emplea para someter a la víctima y su sentencia puede estar entre ocho y veinte años de prisión en el caso de una víctima mayor de 12, pero si se trata de un niño menor de 12 años, el castigo puede estar entre veinte y cuarenta años de prisión. Vale la pena resaltar, que este fue el único agravante punitivo modificado.

Con relación al delito de estupro, que consiste en el empleo del engaño para acceder sexualmente a un individuo entre los 14 y los 18 años, se conservó como delito en la nueva legislación, a pesar de su difícil comprobación, puesto que en este rango los adolescentes ya cuentan con criterios suficientes como para decidir si desean tener un coito voluntario o no.

En cuanto a los actos sexuales abusivos, la legislación no sufrió cambios de fondo, se involucran aquí los actos ó accesos carnales con personas menores de 14 años ó con incapacidad para comprender el acto sexual por minusvalía, v.g. el

retardo mental severo. En cualquier caso de maniobras eróticas practicadas con menores de catorce años, no existe ningún fundamento para alegar que hubo consentimiento por parte del niño puesto que la ley no le atribuye ninguna validez.

**Proxenetismo.** Se incluyen bajo este concepto delitos como la inducción a la prostitución con ánimo de lucro o para satisfacer los deseos de otro, la trata de personas, por ejemplo, promover o facilitar que una persona entre o salga del país para ejercer la prostitución y como un gran avance del legislador se incluyó la porno-graffa con menores, con penas que oscilan entre los dos y los nueve años de prisión y multas entre 50 y 1000 salarios mínimos mensuales.

La reforma incluyó además la intervención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en calidad de protector de los menores de edad, a la vez que concede gran importancia a los derechos de las víctimas de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana, en donde se destaca el tener acceso gratuito al examen y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH.

#### ASPECTOS CLÍNICOS

Para ilustrar el avance que han tenido las evaluaciones con fines forenses en la investigación de posibles delitos sexuales, transcribimos a continuación un caso de controversia entre un obispo y el Papa Ambrosio, que tuvo lugar en el siglo IV después de Cristo y narrado por el doctor César Giraldo en su Antología Forense.

"El reconocimiento de este hecho nos ayuda a comprender una de las cartas de Ambrosio sobre el tema de una virgen que supuestamente había caído. En esa carta, dirigida a un obispo, Ambrosio reprende al prelado por el tratamiento que dio al caso de una virgen consagrada que fue llevada ante él, acusada (con pocas evidencias) de haber roto el voto de castidad. Desesperado por las acusaciones y los descargos el obispo hizo que una partera examinara a la doncella y resolviera la cuestión. Ambrosio desaprobó esta solución y dio varias razones para hacerlo. En primer lugar dijo con mucha practicidad, que las parteras no siempre podían saber por un examen físico si el himen estaba roto o no. Más aún, una partera incompetente podía romper el himen, violando de ese modo a una mujer posiblemente inocente.

Esperar fue la solución practica y paciente de Ambrosio al dilema de cómo saber si una virgen estaba mintiendo al decir que era pura. Afirmaba que el embarazo acabaría por revelar al mundo su crimen de una forma indiscutible. Cabría preguntarse cómo podía esa solución descubrir una mujer cuya caída hubiera sido breve y segura; pero, puesto que él creía que la sexualidad, y en particular la de la mujer creaba hábito, probablemente supuso que una indiscreción conduciría a la siguiente hasta llegar al fin a la condenada preñez" (3).

Con el surgimiento del psicoanálisis y todos los estudios científicos realizados posteriormente en materia de sexualidad humana, empezando por la famosa investigación de Alfred Kinsey, se ha logrado explicar muchas conductas

anteriormente mitificadas, se acepta que los niños nacen con la capacidad de responder a cualquier estímulo sexual, pero su interés radica sólo en la curiosidad, sin las connotaciones eróticas que tiene para el adulto, captan los conceptos sexuales paulatinamente y comprenden sus significados y consecuencias al llegar a la pubertad de acuerdo con el medio cultural que los rodee (4). Con respecto a los contactos sexuales de los niños con los adultos Kinsey afirmaba "...un 80% de las niñas se sintió atemorizada o experimentó perturbaciones diversas; sólo una pequeña proporción sufrió alteraciones serias. En su mayoría el temor era comparable al que sentían frente a un insecto. Es posible que si el niño no estuviera condicionado por la cultura, tales experiencias no le hubieran causado trastorno alguno; no llegamos a comprender las razones que inspiran tanto temor al simple hecho de ver los órganos genitales ajenos o de que le toquen los propios. El estudio del problema demuestra que son más graves las consecuencias psicológicas causadas por el sentimiento de culpabilidad, que los contactos en sí" (5).

#### ABORDAJE DEL PACIENTE

Para efectos de ésta revisión, es necesario considerar dos tipos de situaciones que pueden presentarse como motivos de consulta, una de ellas es el caso agudo posterior a un episodio de agresión sexual con daños graves en la integridad física; el otro caso está más relacionado con la consulta pediátrica y puede estar enmascarado por sintomatologías difusas cuando se trata de niños que son víctimas de abusos

prolongados y persistentes, en la mayoría de los casos por miembros de sus propias familias (1), en cualquiera de las dos situaciones la consulta debe transcurrir como cualquier otro acto médico.

Se procede a elaborar una historia clínica que debe contener una anamnesis que permita establecer de manera general el estado mental del paciente, evaluar el impacto psicológico y determinar la necesidad de realizar pruebas de laboratorio encaminadas a establecer, el estado de salud del afectado y facilitar la identificación del agresor.

La entrevista debe realizarse en un ambiente cómodo y que brinde seguridad y confianza a la persona que va a ser examinada, permitiéndosele que inicie su relato de manera espontánea, apelando a las preguntas abiertas, con el fin de ejercer una acción tranquilizadora que facilite la realización del examen físico y la toma de muestras, en caso de ser necesaria, evitando darle un carácter "especial", que sobre todo en los casos de pediatría, contribuye a "marcar" al paciente generándole sentimientos de culpa y miedo atribuidos a la reacción desbordada de los adultos (6,7).

Es importante tener en cuenta que los niños cuando resuelven dar aviso de lo que está ocurriendo nunca detallan los hechos, su relato es paulatino y va de acuerdo con la actitud y el grado de confianza que brinde el adulto, además, muchas veces el abuso sexual consiste en acariciar, frotar o establecer contactos orogenitales sin que se produzca lesión física alguna, lo que convierte al testimonio, en un elemento aún más valioso.

#### EXAMEN CLINICO

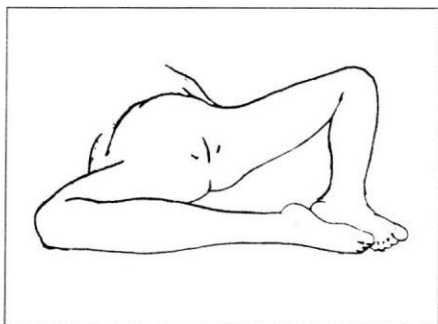
**Examen mental.** Se debe iniciar con un examen mental consignando el estado de conciencia, el porte y actitud del paciente, anotando su arreglo personal, su facies, si quiere o no entrar solo al consultorio, si hace o no un relato espontáneo y si se encuentra o no bajo el efecto de algún tipo de tóxico, en cuyo caso debe realizarse un examen de embriaguez. Verificar su orientación, establecer su estado afectivo, valorar memoria e inteligencia, anotando claramente si existe algún grado de retardo mental (6). Todos estos elementos apenas constituyen una evaluación preliminar para orientar el caso, mientras se logra la intervención del psiquiatra, deseable siempre que sea posible.

**Examen físico.** Se debe efectuar un examen físico completo con el fin de buscar otras posibles lesiones y a la vez disminuir el grado de tensión para la realización del examen genital. Esto también facilita la interpretación de los hallazgos ya que, especialmente en los niños, pueden encontrarse lesiones que no necesariamente son producidas durante actos sexuales, como por ejemplo las vaginitis inespecíficas producidas por agentes infecciosos (8-11). En otras ocasiones pueden no referirse síntomas, pero durante el examen físico encontrarse lesiones anogenitales previas que requieren una revisión de la historia clínica, buscando antecedentes que puedan estar relacionados con el hallazgo (8,9).

La técnica para el examen genital depende de la edad del paciente; en las niñas mayores y en las mujeres adultas la posición ginecológica

resulta apropiada. En las niñas prepúberes el examen resulta bastante cómodo si adoptan la posición "de rana", con las caderas en abducción y los talones juntos (Figura 1). En cualquier caso, empleando una adecuada fuente de luz deben observarse cuidadosamente la vulva y el periné, prestando especial atención a la región de la horquilla vulvar, porque durante el examen es posible llegar a producir pequeños desgarros que pueden ser falsamente interpretados. Para examinar el introito vaginal y el himen, se separan con cuidado los labios mayores en dirección superolateral con la ayuda de dos gasas que se toman entre los dedos índice y pulgar. De esta manera se logra la visualización del himen. El uso de un colposcopio, aunque no es necesario, permite la observación más detallada de la región (8,9).

Los hímenes de las adolescentes en estadio de Tanner III a V se encuentran normalmente bajo un gran influjo hormonal que los hace



*Figura 1. Posición "de rana", recomendada para el examen de las niñas prepúberes.*

gruesos y redundantes al examen, por lo que sus márgenes deben ser inspeccionados con mayor cuidado.

Muchos autores recomiendan el uso de escobillones para delinear la anatomía himeneal en la adolescente (12).

Cuando el himen se ha reconocido en su forma, siendo las más frecuentes anular, semilunar o tabicada, se revisa si está íntegro ó no. Si se registra lo primero, debe descartarse la presencia de un himen dilatado, tratando de introducir a través de él el segundo y tercer dedo del examinador, hallazgo importante en la adolescente y la mujer adulta dado que esta característica le confiere la capacidad de permitir el paso del pene erecto sin desgarrarse; esto nunca ocurre en las niñas impúberes, puesto que en ellas no existe el influjo hormonal al que se atribuye esta situación.

Si existe desgarramiento, este puede ser parcial ó llegar hasta el borde de implantación, si han transcurrido menos de diez días se puede afirmar que el desgarramiento es reciente y se aprecia de bordes edematosos equimóticos ó en ocasiones con hemorragias puntiformes. Cuando se trata de un desgarramiento antiguo se observan los bordes cicatrizados y se diferencia de las escotaduras en su profundidad si es total, como ya se explicó. Los desgarramientos cicatrizados parciales del himen son difíciles de diferenciar de las escotaduras. De cualquier manera en la descripción se debe incluir su localización, empleando para ello como guía las manecillas de un reloj.

No hay que olvidar la descripción de las características de la leucorrea en caso de presentarse.

El examen anal debe realizarse de rutina, aún cuando no se sospeche de abuso sexual. Colocando al paciente en decúbito lateral se

separan los glúteos suavemente, teniendo la precaución de ubicar los dedos en forma simétrica y a una distancia que evite la contracción refleja del esfínter, la observación debe tomar aproximadamente 30 segundos.

Además de buscar lesiones como fisuras, escoriaciones y equimosis, debe valorarse la tonicidad del esfínter anal, especialmente afectada en los casos de abuso crónico infantil, teniendo en cuenta que este puede relajarse espontáneamente sin que indique anomalía, o no evidenciarse alteración alguna si ha pasado algún tiempo después de la última penetración lo que se explica por su alta capacidad reparativa. Se considera que hay hipotonía anal cuando la luz del esfínter sobrepasa los 0,5cm o se observa una contracción pulsátil del mismo. Las fisuras y escoriaciones leves sólo sugerirán el abuso sexual en el caso de no tener sustento en la historia clínica como correspondientes a alguna patología asociada. De otra parte vale la pena recalcar que un examen negativo no descarta que el abuso se haya cometido (13).

Si se tiene la posibilidad, la toma de fotografías resulta un elemento de gran valor para las investigaciones judiciales, siendo una forma muy útil de fijar la evidencia, evitando nuevos exámenes molestos para los pacientes en caso de requerirse ampliaciones.

#### INVESTIGACIONES ADICIONALES

Las consecuencias más preocupantes de un coito, máxime

cuando se trata de una violación, son el embarazo y el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual.

A través del tiempo se han tenido muchos parámetros no sólo biológicos, sino culturales para sospechar un embarazo, por ejemplo, en el antiguo Egipto existió la prueba del melón que consistía en dar a una mujer una mezcla de jugo de melón y leche materna de otra que acabara de dar a luz. Si vomitaba la preparación, se aseguraba entonces que estaba embarazada.

Actualmente, si se logra establecer que existe riesgo de embarazo, este estado clínico es susceptible de ser modificado con el uso de la anticoncepción postcoito, si la prontitud en la consulta lo permite, es decir, cuando no ha transcurrido un tiempo mayor de 72 horas después de la violación. Si esto no es posible, se debe realizar el seguimiento clínico y la confirmación paraclínica correspondiente para solicitar el manejo especializado por parte de obstetricia. Las pruebas de laboratorio que detectan en forma más precoz la gestación están basadas en inmunoensayos enzimáticos que utilizan anticuerpos monoclonales para la detección de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana y dan resultados positivos a los siete días de la fecundación.

En nuestro medio, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) cuando están relacionadas con una violación causan el aumento de las penas aplicadas, las más frecuentes son la blenorragia, la sífilis, el linfogranuloma venéreo, el condiloma acuminado, el chancro blando y el

herpes genital. Además, aunque no es la única vía de transmisión, consideramos en este grupo también la hepatitis B y la infección por VIH. Teniendo en cuenta todo esto, y ante la sospecha por historia clínica o los hallazgos al examen físico debe confirmarse si el paciente estaba previamente afectado por alguna de estas enfermedades en la consulta inicial para el caso de los adultos. Con los niños el cuidado debe tenerse en el momento de la interpretación de los resultados, descartando las infecciones neonatales en los más pequeños y verificando con el laboratorio y la clínica del paciente todo informe positivo de *Neisseria gonorrhoeae*, puesto que se han encontrado otras especies de *Neisseria* dentro de la flora vaginal de las niñas, que comparten características morfológicas y bioquímicas con *N. gonorrhoeae* (14,15).

Para determinar si hubo contagio de alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas en una violación, sugerimos estas recomendaciones:

1. Realizar el menor número de intervenciones que requieran que el paciente sea colocado en posiciones que pudieran resultarle humillantes, v.g. exámenes anogenitales y tomas de muestra para diagnóstico de ETS, procedimientos que pueden ser efectuados en forma simultánea en un consultorio médico.

2. Enviar al laboratorio solicitudes en las cuales se consigne el lugar anatómico, la hora y la fecha de recolección de las muestras, lo mismo que el tiempo transcurrido entre el hecho y la toma de las

mismas, aclarando si el paciente se encuentra tomando algún antibiótico o si tiene el antecedente de haber padecido la enfermedad, todo esto con el fin de facilitar al laboratorista la selección y orientación de las diferentes técnicas de procesamiento.

3. Solicitar nueva investigación de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* tres a cinco días después de ocurridos los hechos.

4. Para la toma de las muestras tener en cuenta que la *Neisseria gonorrhoeae* es un germen muy lábil y su investigación se hace a partir de secreción vaginal, muestra que inmediatamente después de obtenida debe cultivarse en medios especiales y realizarse frotis directo en un portaobjeto convencional. En el comercio se encuentran medios de transporte muy sencillos de utilizar para facilitar el traslado de las muestras, conservando la viabilidad del germen.

La *Chlamydia trachomatis*, se estudia a través de técnicas inmunológicas inmunofluorescencia y enzimoimmunoanálisis que requieren una muestra endocervical libre de sangre y flujo vaginal. También en el comercio existen escobillones diseñados para la toma y el transporte de estas muestras.

5. Para la interpretación de los resultados en investigación de *Neisseria gonorrhoeae* considerar que su diagnóstico confirmatorio debe incluir coloración de Gram con

diplococos Gram negativos intracelulares, prueba de oxidasa positiva y fermentación de glucosa con reacción negativa en maltosa y lactosa.

6. Tomar citología cervico-vaginal inicial y a los tres meses buscando signos compatibles con infección por virus papiloma humano, que de comprobarse requerirá interconsulta inmediata al ginecólogo, dado el alto riesgo de desarrollar un carcinoma de cérvix.
7. Solicitar un VDRL inicial, que de resultar reactivo necesitará confirmación por medio de la prueba específica de FTA-Abs. Cuando se encuentra una prueba no reactiva, debe efectuarse nuevamente veinte días después de ocurrido el evento.
8. Dada la importancia del diagnóstico oportuno recomendamos en todos los casos solicitar serologías iniciales para VIH y virus de la hepatitis B, continuando el seguimiento cada tres meses durante un año.

Actualmente se dispone de enzimoimmunoensayos de selección para la detección rápida de anticuerpos frente a VIH-1 y VIH-2 ( el montaje de las técnicas toma aproximadamente diez minutos), con una especificidad estimada del 99% y una sensibilidad del 100% , sin embargo la casa fabricante recomienda la confirmación posterior de los resultados obtenidos, mediante el empleo de técnicas más complejas basadas en los mismos principios, y en los casos positivos la realización del Western Blot.

## RECOLECCION DE EVIDENCIAS

Para contribuir con las investigaciones legales y facilitar la identificación del agresor resultan especialmente útiles las ropas que usaba la víctima en el momento del ataque, ya que en ellas en muchas ocasiones es posible encontrar manchas de sangre y/o semen. Estas prendas deben enviarse completas y ser empacadas secas, utilizando materiales que eviten la humedad y a su vez la descomposición por contaminación microbiana.

El líquido seminal también puede presentarse mezclado con secreción vaginal u otros fluidos orgánicos, su investigación debe realizarse dentro de las primeras 72 horas siguientes al coito, teniendo en cuenta la viabilidad de los espermatozoides y tomando las medidas que detallamos a continuación, para la toma de las muestras.

- Las muestras perineales o que se encuentren sobre la piel se deben tomar humedeciendo previamente los escobillones con agua destilada y permitiendo su secado a temperatura ambiente antes de ser llevados a tubos de ensayo preferiblemente estériles. No se recomienda el uso de solución salina porque esta interfiere con las técnicas de detección de P30, una glucoproteína espermática de origen prostático.
- Se deben tomar por lo menos dos muestras de introito, fondo de saco vaginal, cavidad oral o región anal, utilizando también escobillones preferiblemente estériles, permitiendo su secado antes de empacarlos.

La presencia de semen puede sospecharse mediante la determinación de fosfatasa ácida prostática. Esta prueba, sin embargo solo sirve como orientación, puesto que se ha detectado su presencia en vaginas de mujeres que nunca han tenido coito. Más específica resulta la determinación de P30, y el hallazgo de espermatozoides con la coloración de "Arbol de Navidad", en la cual los espermatozoides se observan con el acrosoma rojo intenso, el resto de la cabeza rojo claro y el flagelo verde. La realización de estas técnicas es susceptible de modificación de acuerdo con las condiciones de las muestras pero esto sólo es posible llevarla a cabo si en la solicitud se consigna la siguiente información: datos precisos de identificación del paciente, lugar, fecha y hora de la toma de la muestra, y si es posible fecha y hora de ocurridos los acontecimientos así como sitio anatómico de donde procede cada muestra con su respectivo número de identificación.

Durante un ataque sexual también es posible que queden pelos púbicos del agresor en el cuerpo de la víctima, los cuales pueden ser obtenidos peinando el vello púbico de la víctima con un peine de dientes finos. Esta muestra puede ser usada en estudios de DNA, junto con la sangre del sospechoso y de la víctima.

Estas muestras de sangre pueden ser enviadas en forma de mancha, procedimiento que sólo requiere la impregnación de una gasa o tela de algodón con la sangre, permitir su secado y empacar.

## INFORME DEL CASO A LAS AUTORIDADES

El principal objetivo que debe tener la denuncia es la protección de estos pacientes, máxime cuando se trata de niños, que en muchos de los casos son además víctimas de otras formas de maltrato. Por esto ante la sospecha de un abuso sexual, proponemos a

los médicos dos alternativas para manejar estas situaciones desde el punto de vista legal:

1. Informar por escrito el caso a las directivas de la institución donde se labora, para que ellas tramiten la denuncia a través de su oficina jurídica.
2. Tomar parte activa y denunciar

directamente ante una fiscalía de menores el caso presentado.

De cualquier manera un proceder médico adecuado, con un registro completo en la historia clínica y la toma de muestras oportunas permitirán el desarrollo de las investigaciones y la protección de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Centro de referencia nacional sobre violencia. Subdirección de servicios forenses. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. vol. 2, boletín 9, Septiembre de 1997.
2. **Prada E, Florez C, Méndez R.** Violencia sexual y embarazo no deseado en la adolescente. Centro de Estudios sobre desarrollo económico. Uniandes. Abril de 1995.
3. **Giraldo CA.** Antología Forense. 1997; 111-112.
4. **Alzate H.** Sexualidad humana. 2a.Ed. Santa Fé de Bogotá Edit. Temis. 1997.
5. **Kinsey A.** Conducta sexual de la mujer. Buenos Aires. Edit Médico-Quirúrgica. 1954.
6. **Martínez A, De La Hoz N.** Propuesta para modificación del dictamen sexológico forense.
7. **Alvarez M.** El abuso sexual infantil en Colombia. Avances en psicología clínica latinoamericana. 1990; 8 59-73.
8. **Berkowitz CD.** Abuso sexual en la infancia. *Pediatrics in Review.* 1993;14:133-144.
9. **Paradise JE.** Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica.* 1990;4: 889- 909.
10. **Christian C.** Perianal herpes zoster presenting as suspected child abuse. *Pediatrics* 1997;99: 608-610.
11. **Wells D.** Genital trauma in young boys. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1996;3:129-132.
12. **Stearling S.** Forensic examination of adolescent female genitalia: the foley catheter technique. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151: 102 - 103.
13. **Vivas JM.** Diagnóstico de maltrato infantil en la población valorada en la regional Bogotá en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Publicación en Prensa. 1997.
14. **Giedinghagen D.** Gonorrhoea in children: epidemiologic unit analysis. *The pediatric infectious disease journal* 1992;11:973-974
15. **Whittington WL.** Incorrect identification of *Neisseria gonorrhoeae* from infants and children. *The pediatric infectious disease journal* 1988; 7:3- 8.