

Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima

M.T. Jiménez Busselo¹, J. Aragón Domingo¹, F. Hurtado Murillo², J. Loño Capote³

¹Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario «La Fe». ²Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Centro de Salud Fuente San Luis. ³Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Infantil Universitario «La Fe». Valencia

Resumen

El abuso sexual infantil (ASI) es el delito de malos tratos a menores que más sumergida y silenciosamente ocurre ante la sociedad, por lo que en un alto porcentaje queda impune. Las secuelas que origina en la psicología de la víctima son profundas y prolongadas, y a menudo resultan devastadoras para su biografía posterior, hecho que sólo puede ser evitado si el abuso es detectado y se brinda al menor una adecuada rehabilitación psicoemocional. La mejora en su detección y abordaje profesional es una responsabilidad que recae, entre otros servidores públicos, sobre el pediatra. Pero el análisis objetivo de este problema pone de manifiesto que las formas más comunes de presentación clínica del ASI ante el pediatra son las crípticas, sobre todo en forma de trastornos comportamentales o de somatizaciones neuróticas de la víctima, *a priori* inespecíficas, por efecto del desbordamiento emocional debido al padecimiento silencioso y a la vivencia solitaria de desamparo, en la mayoría de los casos, sin mediar revelación alguna por parte de aquélla ni hallar pruebas físicas en su exploración. Ante este hecho, y partiendo sólo de una mera sospecha o posibilidad intuida, el pediatra se enfrenta a un auténtico desafío en su deber de detección, asistencia, notificación y custodia a la víctima.

El presente trabajo tiene por objetivo ayudar al pediatra a orientar correctamente su actuación al afrontar este desafío. Se expone para ello el resultado de un análisis integral del problema, en el que han sido abordados no sólo aspectos de la presentación clínica y la actuación médica a recomendar, sino también de la fenomenología social y familiar del ASI y del devenir judicial y biográfico de los casos, con el fin de orientar mejor la actuación pediátrica. Ésta, que debe tener como objetivo prioritario la protección y rehabilitación emocional del menor, pero intentando minimizar al máximo las posibles repercusiones psicosociales en la víctima y su familia, no halla su única solución en el aumento de formación y concienciación pediátricas, sino que exige la habilitación de recursos especializados y multidisciplinarios, ágiles, discretos y capaces de asumir un seguimiento coordinado a largo plazo, lamentablemente aún no disponibles en muchas comunidades de nuestro país. Este tipo de seguimiento multidisciplinar y coordinado, necesario también para otras formas de sospecha de maltrato y patologías de índole psicosocial, es justificación suficiente para reivindicar la creación de Unidades de Pediatría Psicosocial.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Abuso sexual, maltrato infantil, evaluación multidisciplinar, prueba verbal, pruebas físicas

Abstract

Title: Child sexual abuse, a multidisciplinary challenge: an integral approach to the problem to improve its detection and victim care

Child Sexual Abuse (CSA) is the crime of child abuse that occurs so stealthily and is so submerged in society that it often goes unpunished. The psychological sequels for the victim are both deep and prolonged and can lead to devastating effects on the child's future which can only be prevented if the abuse is detected and appropriate psychoemotional rehabilitation provided. The improvement of its detection and victim treatment is a professional responsibility that lies on the pediatrician, along with other public servants. However, an objective analysis of this issue makes it evident that most common forms of clinical presentation of CSA to the paediatrician are cryptic and usually present themselves as behavioral disorders or neurotic somatization of the victim, *a priori* unspecified, as consequence of the emotional overflow caused by suffering in silence and solitary experience of helplessness, in the majority of cases, without any disclosure on the victim's part or the finding of any physical evidence after our exploration. Given this fact, the pediatrician is faced with the challenging task of detecting, assisting, reporting and taking care of the victim on the basis of mere suspicion or intuition.

The present work aims to help the pediatrician to correctly guide their actions to meet this challenge. A comprehensive analysis of the problem is carried out, addressing not only aspects of the clinical and medical action to recommend, but also the social and family phenomenology of CSA and the legal and biographical becoming of cases, in order to target the pediatric performance. This, it must have as a priority the child's emotional protection and rehabilitation, but trying to minimize the maximum possible psychosocial impact on the victim and his family. To achieve this it's not the only solution in increasing pediatric training and awareness, but requires the empowerment of specialized resources for a multidisciplinary assessment which has to be prompt, discreet and capable of providing long-term follow up, not yet available in many communities in our country. The need for this multidisciplinary and coordinated monitoring, which is also required in other types of abuse and psycho-social pathologies, is reason enough to vindicate the creation of Pediatric Psycho-Social Units.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Sexual abuse, child abuse, multidisciplinary assessment, verbal evidence, physical evidences

Fecha de recepción: 24/10/11. Fecha de aceptación: 30/10/12.

Correspondencia: M.T. Jiménez Busselo. Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Universitario «La Fe». Avda. Bulevar, s/n. 46026 Valencia. Correo electrónico: jimenez_mai@gva.es

«Sin cardenales que despierten sospechas, con huellas invisibles y la mordaza anudada por el miedo, el abuso sexual de menores es el fenómeno de malos tratos más silencioso. Tanto que su detección requiere una formación, inexistente hasta ahora, que va mucho más allá de la simple observación.»

(Isabel Longhi-Bracaglia. *Save the Children*)

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es una de las formas de maltrato (MT) a menores más sumergida y prevalente, tanto en países en desarrollo como en sociedades desarrolladas. Sirva como exponente de ello el último «Informe europeo sobre la prevención de los malos tratos infantiles» (septiembre 2013) de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS); tras su publicación, su directora regional declaraba: «Ha llegado la hora de que se reconozca el maltrato infantil como un problema de salud pública y no solo como un problema de justicia social o penal». En dicho informe se notificaba que más de 18 millones de niños menores de 18 años son víctimas de maltrato en Europa; cada año, según la organización, los malos tratos son causantes de la muerte de unos 852 menores de 15 años en la región. El informe señala que un 29,1% de los niños sufre maltrato emocional, un 22,9% es víctima de maltrato físico y un 13,4% de las niñas es víctima de abusos sexuales, ante el 5,7% de los niños.

El concepto de ASI incluye las actuaciones de contenido sexual realizadas en la persona de un menor de edad (<18 años) con asimetría de poder (edad, jerarquía, profesión, violencia...) bajo coacción, agresión o engaño (seducción) y con la condición de ocultarlo; a esta definición deben añadirse dos puntualizaciones importantes: a) en nuestro código penal, se otorga validez al consentimiento del mayor de 13 años para la práctica de relaciones sexuales y se protege su intimidad, sea cual sea su edad, y b) cuando el perpetrador es otro menor, se acepta que existe asimetría de poder sólo cuando la edad de éste supera la de la víctima en, al menos, 4 años. Esta realidad fenomenológica introduce factores de gran dificultad en el esclarecimiento de las sospechas de ASI, que suele ser máxima en los casos de abusos prolongados o incestuosos.

Los comportamientos abusivos del perpetrador pueden subcatalogarse en distintas categorías, desde el ASI sin contacto físico (exhibicionismo, exposición de material pornográfico a un menor, etc.), pasando por la vejación sexual (tocamientos genitales del perpetrador al menor o imposición de los recíprocos, utilización del menor en la elaboración de material pornográfico, etc.), hasta el contacto sexual genital o la agresión sexual (cualquier forma de penetración [oral, anal o vaginal] con pene, o la anal o vaginal con objeto o dedos), y este último supuesto, ejercido sobre un menor sin capacidad legal de consentir (haya o no consentimiento), siempre constituye delito de violación y/o incesto. Pero todas ellas son constitutivas de delito según nuestro código penal, consideración que parece co-

rresponderse con el reconocimiento de que existe una gradación progresiva en el comportamiento de acercamiento sexual del abusador a la víctima, especialmente caracterizado en el caso de los abusadores pedófilos.

Aunque, a efectos penales, ante abusos ya ejercidos no sea trascendente distinguir entre pederasta y pedófilo, sí es importante conocer la diferencia entre estos dos tipos de abusadores, para orientar mejor la sospecha del pediatra. Pederastia, etimológicamente, significa el abuso sexual cometido sobre niños, y pedofilia significa la atracción erótica o sexual preferente que una persona adulta siente hacia niños o adolescentes. Los expertos puntualizan que es pedófilo cualquier individuo que durante un periodo de, al menos, 6 meses tiene fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños/as prepúberes (generalmente menores de 13 años). No todos los pederastas son pedófilos. Existen pedofilias auténticamente sublimadas por las que un individuo, con suficiente capacidad racional y «ética», restringe su filia a la simple fantasía sexual. Muchos abusos, sobre todo los incestuosos, no son cometidos por pedófilos, sino que son el resultado de un impulso amoral de un no pedófilo, sexualmente insatisfecho, proyectado, por oportunidad y con imposición, sobre el cercano más débil o indefenso. Pero también se debe considerar pedófilo, según definiciones psiquiátricas, a quien solamente haya actuado con un o una menor de forma repetida durante más de seis meses, aunque no esté demostrado que haya hecho actos con otros menores y se especifica como incestuosa si es con un familiar.

Aunque la prueba verbal, esto es, el desvelamiento del secreto por parte de la víctima, es un elemento esencial para el enjuiciamiento exitoso de los casos, la mayoría de los casos que pasan ante el pediatra no lo hacen con motivo de una confesión, sino manifestando signos comportamentales o síntomas que, en una primera valoración, no evocarían tal diagnóstico, bien por obedecer a un mecanismo de somatización ansiosa, con expresión clínica pseudoorgánica (ya sea digestiva o neurológica, esfinteriana o alimentaria, etc.), o por tratarse de patologías reales, claramente ligadas a la actividad sexual (como cistitis agudas reiteradas pese a un adecuado tratamiento o enfermedades de transmisión sexual, fisuras y/o varicosidades anales, falsas menarquias por «desfloración», contagios serológicos, etc.), pero que, en un principio, los pediatras no tendemos a concebir como desencadenados por un posible ASI, abominable idea que toda nuestra psicología tiende a rechazar.

Efectivamente, los profesionales no estamos exentos de sufrir los reflejos psicológicos de huida que a todo ser humano con sentido de moralidad le ocasiona el enfrentarse a fenómenos tabú, como el incesto o el abuso de niños muy pequeños, o a su simple sospecha. Sin embargo, éste es un reflejo que no nos podemos permitir y que debemos combatir en nuestra práctica profesional, comprometida por ley¹⁻³, con la obligación de proteger al menor, puesto que negar la probabilidad del he-

cho, y con ello la sospecha, implica negar también la investigación, la definitiva confirmación o descarte del ASI y, lo que es peor, la oportunidad de protección, tratamiento y rehabilitación psicoemocional del menor, condenado de otro modo a padecer las severas secuelas biográficas, sociales y psicoemocionales que pueden dañar para siempre su integridad y marcarán su vida. Reconocer este reflejo y luchar para combatirlo conlleva como consecuencia inevitable que podamos llegar a sentirnos embargados por una especie de temor paranoico o de exceso de perspicacia respecto al tema, por el que uno llegue a sospechar más casos de los que debe. Este sentimiento deriva en una intensa zozobra por la realidad añadida de que la investigación de la sospecha emitida conlleva la puesta en marcha de una serie de actuaciones que habitualmente desencadenarán una fuerte alerta familiar, con reacciones personales oposicionistas e, incluso, agresivas, que vienen a incrementar la incomodidad del profesional y la tentación de negar la sospecha y de eludir toda actuación.

Para hacer frente a esta perturbadora emoción, cabe hacer tres puntualizaciones:

1. A juicio de los expertos en maltrato infantil, «cuando hay sospecha de maltrato de algún tipo, lo más probable es que lo haya o pueda haberlo». Es bueno recordar que la intuición es una función psicológica que usa percepciones y transmite deducciones por vía inconsciente (C.G. Jung); es una forma de comprensión sintética y el primer indicio de una profunda unificación subjetiva que con frecuencia informa precozmente de riesgos o amenazas. Este proceso natural es una herencia evolutiva que permite una rápida conclusión que no entre en conflicto con la voluntad o consciencia del individuo.
2. El profesional sanitario o de la educación que, haciendo uso de su experiencia y formación, sospeche un posible abuso sexual o maltrato infantil no es quien tiene la responsabilidad de su investigación y confirmación última, pero sí la de su correcta notificación, a la que le obliga la ley de protección de menores¹⁻³.
3. Descartados los casos de agresión sexual aguda reciente o situación evidente de alto riesgo que imponga la necesidad de una custodia de urgencia, previo parte e intervención judicial, la notificación en los casos de mera sospecha deberá hacerse ante las instancias de protección social específicas, que tienen la responsabilidad de abrir una investigación y un seguimiento a largo plazo, que implicará a trabajadores sociales y psicólogos especializados, además del pediatra, hasta lograr su resolución, sea ésta judicial o no. Y porque son así las cosas, lo más frecuente es que los pediatras no lleguemos a conocer el devenir y el desenlace biográfico ni social o judicial de los casos de sospechas de ASI emitidos desde nuestra propia práctica asistencial, pese a haber desencadenado la investigación. Este hecho, unido a la complejidad emocional del momento de la notificación antes citado, causa en el profesional una percepción de gran duda sobre la auténtica utilidad o efectividad de sus iniciativas en estos casos de sospecha, lo que no contribuye a retroalimentar positivamente su compromiso en la lucha contra el ASI.

Objetivo y metodología

Nos proponemos con este trabajo exponer y afrontar los principales obstáculos que dificultan o desmotivan la labor de detección y notificación de casos de ASI por parte de los pediatras con el fin de contribuir a salvarlos. Basándonos en la argumentación hecha en la introducción, creemos oportuno desarrollar este objetivo mediante el análisis y el abordaje de los siguientes apartados:

1. Fenomenología del ASI. Conozcamos a fondo cómo suelen ser los hechos y sus consecuencias, para poder combatir mejor la negación psicológica de éstos por reflejo de huida psicológica frente al concepto tabú sospechado.
2. ¿Qué nos enseñan los casos judicialmente resueltos? Para que conozcamos cuánto podemos esperar de nuestra propia actuación de detección clínica y dónde residen las claves para un enjuiciamiento exitoso.
3. ¿Cómo intuir el ASI? Desarrollaremos los indicadores comportamentales y físicos en la víctima y el presunto perpetrador, con especificaciones para la anamnesis y la exploración.
4. Tratamiento del menor víctima de ASI, médico y psicológico, con especificaciones para casos de agresión sexual aguda revelada.

Fenomenología del abuso sexual infantil⁴⁻¹²

Dimensión del problema

El ASI es una cuestión raramente tratada con toda la veracidad posible. Se trata de sucesos secretos. Existen algunos estudios que reflejan la incidencia de ASI en diferentes comunidades autónomas y países en un momento dado. Pero, sin duda, los casos que se conocen son una pequeña parte de los que realmente ocurren; se estima que se llegan a conocer apenas el 10-20% de los casos reales. Un estudio de López et al., de 1994, basado en una encuesta anónima realizada a jóvenes adultos respecto a la vivencia personal de cualquier tipo de abuso sexual en su infancia, reveló que un 23% de las niñas y un 15% de los niños sufre algún tipo de ASI antes de los 17 años en España. En una revisión de 15 estudios de los 25 años previos sobre la prevalencia del ASI (Gorey y Leslie, 1997) los datos ofrecidos eran similares: se estima que un 22,3% de las mujeres y un 8,5% de los hombres han sufrido abusos sexuales⁷⁻¹².

La víctima

Los estudios prueban que se abusa más frecuente y severamente en el caso de las niñas (85-95% de los ASI, según las distintas series), además de que la edad de inicio del abuso también es menor en su caso. La edad de máxima incidencia de casos de abuso, tanto en niñas como en niños, suele ser de los 6 a los 12 años. Debemos destacar igualmente la mayor prevalencia de ASI en los niños con discapacidad física o psíquica. Un niño con este tipo de características tiene 3 veces más probabilidades de sufrir un abuso sexual que cualquier otro niño.

El abusador

Se trata de un varón en el 94% de los casos. La relación con la víctima es familiar en un 54% de los casos, conocido en un 38% y desconocido en un 4%. Los abusadores pertenecen a todas las clases sociales y a cualquier religión; a veces, incluso, exhiben una imagen social de gran corrección e incluso de referente moral ante la colectividad, lo que ahonda la desesperanza de la víctima de llegar a ser creída si decidiera desvelar el abuso. Asigna a la víctima el rol de responsable de sus exigencias. Para ello, le impone mantener el secreto, la aísla y aleja de sus relaciones sociales normales según la edad, y la obliga a relegar sus necesidades y deseos, mediante seducción y amenaza.

Circunstancias del abuso sexual infantil

Los lugares donde puede desarrollarse el ASI son el hogar de la víctima (54%), el hogar del abusador (16%), un alojamiento público (12%), un vehículo (9%), un solar (7%) o una escuela (1%). Las circunstancias familiares son disfuncionales en el 74,4% de los casos y normofuncionales en el 25,6%.

La familia incestuosa

1. El abusador:

- Con frecuencia se trata del padre o padrastro de la víctima o del compañero sentimental de la madre, o de un hermano mayor, que ejercen el abuso en el propio hogar.
- A menudo se trata del único o principal mantenedor de la economía familiar, por lo que el temor del resto de miembros a ver alterada la subsistencia familiar acaba imponiendo el secreto y un cobarde consentimiento colectivo a sus actos abusivos, perpetuando su impunidad.
- Las circunstancias de aislamiento o inadaptación social, así como la desocupación con largos periodos en el hogar, encomendado al cuidado de los menores, concurren como favorecedoras o, al menos, inductoras de un mayor índice de sospecha. Lo son también los antecedentes de ser o haber sido consumidor de sustancias tóxicas y de prostitución.
- En ocasiones se trata del abuelo u otro familiar más o menos cercano, ya sea en una visita ocasional o en cuyo domicilio la víctima hace algunas estancias.

2. La hija víctima:

- Le invaden sentimientos de confusión, miedo, angustia, asco y culpa.
- Siente ante su abusador respeto, angustia y miedo, pero en muchos casos, a la vez, afecto.
- Con el tiempo, adquiere un poder especial dentro de la familia, pues de su secreto depende la subsistencia del sistema.
- Relaciones muy problemáticas con la madre, que la ha desprotegido y no la salva de su servidumbre.
- Ve sus relaciones exteriores con el grupo de iguales impedidas o dañadas para siempre.

3. La madre:

- Característicamente «pasiva» y «dependiente»; muy susceptible y vulnerable a las presiones externas del medio social.
- Pieza clave en el entramado del incesto: ausente durante los hechos, ya sea física o funcionalmente (se acuesta, toma somníferos, etc.).

- Suele «conocer» el hecho, pero prefiere «no saber» (hace como que no sabe).
 - Relación ambivalente con la víctima del incesto: aliada para la unión de la familia y competidora.
 - Cuando se desvela el incesto: se mostrará incrédula y/o punitiva con la menor.
4. La fuerza del secreto:
- La denuncia por parte de la víctima hace peligrar el orden institucional y familiar, incluso económico.
 - Divulgar estas denuncias puede ser insoportable para los implicados, por lo que muchos intentan callar y mantener el orden familiar y social.

El abuso sexual es algo que un menor no va a mencionar, especialmente si ha ocurrido dentro de la familia. Es más común que estos casos salgan a la luz como resultado de una adecuada investigación psicológica ante trastornos de conducta en la víctima, que son lo que pueden acabar revelando el hecho. Cuando la denuncia se realiza ante las autoridades, esto es consecuencia de una crisis agobiante producida dentro del grupo familiar que rompe el pacto de silencio tácito existente entre las personas involucradas, más frecuentemente al inicio de la adolescencia. Ello lleva a sostener que en un hecho de ASI siempre hay más de dos partes, no sólo el niño víctima y el adulto abusador.

Cronopsicología de la víctima de abuso sexual infantil

Desde los comienzos del abuso sexual hasta la sentencia obtenida en un juicio (en los casos donde median denuncias penales y/o civiles), las víctimas pueden pasar por diferentes etapas¹³. Éstas fueron descritas por Ronald Summit, dentro de la denominada por él «teoría de la adaptación» o «teoría de la acomodación». La adaptación, primero, lleva al secreto y luego a la desprotección; más tarde aparecen la etapa de acomodación, la de revelación tardía, cuando la hay, y la de retractación:

Primera etapa: el secreto

El secreto funciona como una de las precondiciones definitorias del abuso. Se sostiene mediante el temor a las posibles consecuencias, si llega a ser desvelada la verdad. En la mayoría de los casos los abusadores son personas conocidas por el menor —ya sean familiares u otras personas con vinculación directa (maestros, cuidadores, médicos o confesores, entre otros)—, quienes tienen un gran prestigio en el círculo que rodea al niño y muestran mucho afecto hacia éste, todo lo cual genera que el menor sienta que nadie va a creerle, que puede cortar el vínculo afectivo que lo une al agresor o que sus padres se enfaden, entre otras cosas. Por otra parte, también debe señalarse que en la mayoría de los casos los abusadores coaccionan al menor mediante amenazas (en muy pocos casos se observan supuestos de violencia), con posibles consecuencias futuras para el menor en caso de contar la verdad. A su vez, generalmente el perpetrador abusa de la relación de ascendencia que tiene sobre el niño, lo que genera en éste una notoria sensación o estado de desprotección o exposición. Este miedo a denunciar

no solamente recae sobre el menor abusado; muchas veces las propias familias niegan durante años la existencia de este tipo de hechos, aun conociéndolos. En los casos de abuso sexual intrafamiliar, el miedo de las madres radica en la sensación de destruir el grupo familiar si se detiene al abusador; a su vez, el menor se siente enteramente responsable de esa destrucción en caso de efectuar la denuncia. Sin embargo, el mantenimiento del secreto les hace sentir doblemente culpables, por no poder hablar y por no poder parar la situación de abuso.

Segunda etapa: la desprotección

Nuestras sociedades están acostumbradas a educar a los niños bajo un criterio de respeto a la autoridad del adulto, de modo que todo lo que provenga de él tiene que ser aceptado. En la mayoría de los casos existe una relación de parentesco o de proximidad entre el menor víctima y el abusador, con lo cual el niño (sin llegar a entender si el hecho es malo en sí mismo) siente que sus progenitores o su madre (en el caso de que el abusador sea el padre, el padrastro o la nueva pareja de ésta) no le protegen. Esta circunstancia conlleva ciertas consecuencias lógicas en todo niño abusado, que muchas veces operan como indicadores del ASI, como depresión, llanto de origen inexplicado, intentos de suicidio, problemas alimentarios, anorexia, conducta irritable o crisis de agitación psicomotriz, regresión de alguna fase del desarrollo, miedos excesivos, dependencia excesiva hacia determinados adultos, sentimientos displacenteros, fuga del hogar, escapismo, consumo de drogas o alcohol o relaciones promiscuas, entre otras. Muchos autores suelen denominar a esta segunda etapa como de «impotencia», puesto que el adulto tiene la autoridad y el control sobre el niño abusado, quien siente que no tiene forma de evitar dicha situación. Cuanto mayor sea esa autoridad, mayor será la dependencia y mayor la dificultad de la víctima para hablar, lo que provoca que el abuso se reitere en el tiempo.

Tercera etapa: la acomodación o adaptación

Esta etapa se da cuando se produce la «disociación», un mecanismo psicofisiológico decisivo mediante el cual el organismo reacciona frente a traumas que lo sobrepasan. Durante el proceso disociativo, los pensamientos, los sentimientos y las experiencias no son integrados en la conciencia ni en la memoria de la manera en que sucede normalmente. Un fenómeno disociativo siempre está acompañado de dos características: a) pérdida de la sensación de la identidad propia, y b) trastorno de la memoria del sujeto, que puede manifestarse como una amnesia frente a hechos vividos o en relación con acciones complejas¹⁴. Los niños mantienen las experiencias traumáticas totalmente separadas del resto de sus vivencias cotidianas. El menor víctima no puede impedir el abuso y termina aceptándolo, frecuentemente asumiendo la culpa por su consentimiento. Es demasiado alarmante para el niño aceptar que aquellos que dicen amarlo puedan dañarlo. De esta manera, el menor asume que «el malo» es él, y por eso le ocurren estas cosas. Es muy común que no solamente sientan que han hecho algo malo, sino que crean que su verdadera esencia debe ser mala para que le hayan ocurrido estas cosas.

Cuarta etapa: la revelación tardía, conflictiva y poco convincente

El descubrimiento del abuso sexual infantil muchas veces tiene lugar cuando el niño llega a la adolescencia o tras haber sufrido una fuerte situación violenta, lo que lo torna menos creíble, en atención al tiempo transcurrido entre los hechos acaecidos y su revelación. A esto se suma que, con frecuencia, el niño abusado, mientras estuvo expuesto a esta situación, pudo manifestar actitudes suicidas, hipersexualizadas o mitómanas, lo que hace que el relato pueda interpretarse como menos creíble aún. Amén de ello, debe remarcarse que en nuestra legislación existen plazos de prescripción, con lo cual si el niño tarda años en revelar el abuso perpetrado en su contra, corre el riesgo de no poderse ya iniciar una investigación penal. Este obstáculo podría ser salvado mediante la legislación de un proceso especial para este tipo de hechos delictivos. A modo de ejemplo puede señalarse la legislación de Estados Unidos, que permite que este tipo de delitos puedan ser denunciados hasta la edad de 26 años, basándose en el concepto de memoria reprimida, puesto que se entiende que a esa edad es cuando las personas pueden llegar a recordar sucesos que tenían borrados, pero guardados en su inconsciencia.

Quinta etapa: la retractación¹³

Junto a la rabia y el desprecio que motivó la confesión subyacen sentimientos de culpa por denunciar a un familiar o a una persona «querible», y por no cumplir con el mandato de mantener unida a la familia. También puede ser que los menores sientan que todas las amenazas efectuadas por el abusador se empiezan a cumplir. En esta etapa es cuando el niño necesita mayor apoyo y contención por parte de la Justicia (llámese jueces, fiscales, asesores de menores, abogados, organismos institucionales, médicos o psicólogos, entre otros agentes), de sus padres y demás familiares, y de un ambiente protector para no flaquear y sostener lo que ha relatado. Por ello, a menos que el niño reciba un apoyo sustancial ante su denuncia, normalmente se retracta. La presión ejercida sobre la víctima por la familia, por el abusador y aun por los profesionales puede abrumar al menor abusado y obligarle a retractarse. Esto no indica que la víctima mintió acerca del hecho, sino que generalmente es una consecuencia lógica de la intensa presión ejercida sobre ella. Así, la retractación le permite volver al seno de la familia y eludir el sistema legal.

El niño abusado suele manejarse con tres reglas básicas: «no hablar (secreto), no sentir (disociación adaptativa) y no confiar (desamparo, impotencia)»¹⁵.

Secuelas

El ASI constituye uno de los traumas psíquicos más intensos, y sus consecuencias son sumamente devastadoras para la estructuración de la personalidad. Es posible comparar sus efectos con los de un balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional que hacen muy difícil predecir cómo reaccionará el psiquismo y cuáles serán las secuelas.

Valga un ejemplo¹⁶: la prevalencia del problema entre mujeres estadounidenses que necesitan atención psiquiátrica varía

entre el 14 y el 46%; por otro lado, la frecuencia de relaciones incestuosas en la historia previa de pacientes internadas en clínicas psiquiátricas es del 22-44%, lo que excede ampliamente lo esperado para la población general. La desmedida presencia de estos antecedentes se hace aún más notoria entre pacientes internadas por conductas suicidas, personalidad *borderline* o trastornos psicoafectivos. Las cifras más altas de antecedentes de ASI (entre el 75 y el 90%) se dan entre las mujeres que padecen patologías psiquiátricas más severas: los trastornos de personalidad múltiple, consecuencia patológica última y grave del fenómeno de disociación psicológica.

Los efectos a largo plazo del abuso sexual incluyen, entre otros, los siguientes¹⁷⁻²⁰:

- Odio al propio cuerpo, sentirse sucio/a.
- Desvalorización personal, pobre autoestima.
- Depresión, fobias, ansiedad y problemas psicósomáticos.
- Problemas de relación con otras personas, social y sexualmente.
- Miedo a la intimidad e incapacidad para poner límites y autoafirmarse.
- Comportamientos autoagresivos: automutilaciones e intentos de suicidio.
- Establecer muchas relaciones de abuso, incluso de maltrato.
- Mayor tendencia al consumo de alcohol y drogas, a utilizar la prostitución^{21,22} y a presentar trastornos de conducta alimentaria^{23,24}.

A continuación incluimos parte de una carta, firmada bajo seudónimo, de una psicoterapeuta especializada en trastornos de alimentación con larga experiencia. Fue víctima de abuso sexual y de maltrato físico de manera crónica por un tío materno que convivía con su familia; todo esto antes de los 12 años; posteriormente, fue victimizada también por otros hombres. Cayó en la anorexia nerviosa, y respecto a sí misma se expresa de la siguiente forma¹⁵:

«Hoy puedo ver claramente la elección que hice en aquel tiempo. Mi cuerpo, mi feminidad y mi sexualidad se habían convertido en mis enemigos porque, a no ser por ellos, ninguno de esos actos repugnantes hubieran ocurrido. Si no fuera por ellos no sería la presa de aquellos que usaron mi cuerpo –me usaron a mí– para satisfacer sus propias necesidades egoístas. El sentimiento de culpa de que mi cuerpo se hubiera excitado sexualmente por esos actos “inaceptables” era inmenso. Realmente sentía que estaba “pagando mis pecados” y purificándome cuando sentía la rigidez que roía mi estómago cuando estaba sin comer o cuando agregaba más ejercicios a mi rutina diaria.» (Eileen T. Bills)

¿Qué nos enseñan los casos judicialmente resueltos?

¿Cómo se presentan los casos de abuso sexual infantil ante la Justicia?

Según el estudio de Russell y Bolen^{25,26}, el 98% de las víctimas de incesto nunca lo denuncian, y el 94% del abuso sexual que

ocurre fuera de la familia tampoco. Es más común que estos casos salgan a la luz como resultado de trastornos de conducta que, si son adecuadamente abordados e investigados desde el punto de vista psicológico, acaban revelando el hecho.

Ahora bien, no en todas las investigaciones se cuenta con una prueba directa del abuso sexual, puesto que, en la mayoría de los casos, se trata de hechos acaecidos en ámbitos cerrados y privados y sin testigos presenciales, lo cual hace mucho más difícil su investigación. A su vez, cabe mencionar que el ASI no siempre implica violación o acceso agresivo o hechos violentos, con lo cual, en muchas ocasiones, tampoco se cuenta con signos físicos que acrediten los extremos denunciados por el menor. Asimismo, también debe tenerse en cuenta que, cuando ha habido actos de auténtica agresión sexual, raras veces son denunciados de forma inmediata, con las consecuencias procesales que ello ocasiona. Así, podemos señalar a modo de ejemplo general, tras haberse establecido el diagnóstico médico y/o psicológico, tres supuestos de presentación ante la Justicia:

1. Niña/o que relata un abuso sexual, con examen físico positivo y/o presencia de semen o enfermedad de transmisión sexual (ETS) o embarazo.
2. Niña/o que guarda silencio o niega el abuso, con examen físico y/o de laboratorio positivo.
3. Niña/o o «progenitor/a» que relata un abuso sexual, con exámenes físicos y de laboratorio negativos.

Sin duda alguna, el tercer ejemplo es el de más difícil comprobación, el que más impotentes nos deja, y suele ser el más común. En estos casos, la prueba verbal obtenida al menor víctima y los exámenes psicológicos y psiquiátricos llevados a cabo por el personal especializado son los únicos medios con que cuenta una instrucción para avanzar en una imputación. Sólo el 8% de estos casos son denuncias falsas. Aunque éstas se producen con cierta frecuencia, presentadas por un progenitor de la víctima (casi siempre la madre) que acusa al otro de ASI, durante procesos de disputa por la custodia del menor tras una separación conyugal, hemos de tener en cuenta que entre las denuncias contabilizadas como falsas también se incluyen los casos desestimados ante la Justicia tras el mecanismo de retractación de la víctima, lo que constituirían falsos negativos.

¿Cuáles son las pruebas clave para un enjuiciamiento exitoso?

En dos estudios de 1991 y 1989^{27,28}, que tenían por objeto determinar la frecuencia y la significancia de las evidencias físicas (EF) en delitos legalmente probados de ASI con penetración, se realizó una revisión retrospectiva de los registros judiciales de abuso sexual, de la que se derivaron importantes evidencias:

1. Un 82,4% de las víctimas eran niñas.
2. Sólo un 26% de los casos presentaron EF.
3. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de condenas penales entre los casos con EF y los que no las tenían.
4. Al examinar los datos en relación con la edad de las víctimas, separándolas en dos grupos (menores y mayores de 7 años), se

TABLA 1

Clasificación orientativa para la valoración de los indicadores: una vez completado el estudio médico, social y psicológico del menor

Indicadores	Concepto	Ejemplos
Compatibles (abuso probable)	Trastorno, enfermedad o lesiones que, aunque pueden deberse a otras causas, en determinadas circunstancias podrían ser secundarios a alguna forma de AS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del comportamiento • Fisuras anales • Hemorragia vaginal
Específicos (alta probabilidad)	Trastorno, enfermedad o lesiones cuyo mecanismo de producción más frecuente son las prácticas abusivas, aunque pudieran haberse producido por otra causa muy poco probable que no ha sido demostrada	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta sexualizada • Relatos del menor no confirmados • ETS en niña/o en edad prepuberal, descartada una transmisión vertical
Concluyentes (certeza de abuso)	Trastorno, enfermedad o lesiones que sólo pueden haber sido producidos por mecanismos de AS Se han descartado accidentes y otras causas	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalización con informe psicológico de veracidad • Embarazo • Rotura del himen en edad prepuberal • Ídem del esfínter anal

AS: abuso sexual; ETS: enfermedad de transmisión sexual. Tomada de Gil Arrones et al.³⁰.

halló una diferencia significativa entre los dos en la proporción de casos que sí presentaban EF (significativamente mayor en las menores [60%] respecto a las mayores [sólo un 17%]).

5. Sin embargo, se comprobó también una diferencia significativa, pero paradójica, en la proporción de condenas penales entre los dos grupos de edad, por ser mayor en el grupo de mayores de 7 años (82%) —pese a su bajo índice de EF— respecto al de las menores (52%), que presentaban un alto índice de EF (60%), hecho que los autores atribuyeron a que la validez del testimonio de las víctimas menores resulta con más frecuencia cuestionada e invalidada ante los tribunales. Debe destacarse que se incluyó en el concepto de EF cualquier lesión genital aguda o crónica y/o ETS y/o detección de líquido seminal y/o embarazo.

Estos hallazgos fundamentaron las siguientes conclusiones:

- Los elementos esenciales en el enjuiciamiento exitoso de los casos de ASI son la calidad de la historia obtenida y la habilidad del menor para expresar su relato de forma efectiva; es lo que se denomina la prueba verbal esencial (PVE).
- Es fundamental la recogida, preservación y presentación de la PVE, existan o no EF, y en las víctimas de menor edad es lo más difícil de conseguir.
- La validación de la PVE debe hacerse con métodos adecuados y personal experto²⁹.
- Las pruebas físicas no resultan ni predictivas ni esenciales para la condena.

¿Cómo intuir el abuso sexual infantil?

Puesto que la confesión espontánea de ASI por parte de la víctima o un familiar, como ocurre en las demás formas de maltrato infantil, es lo más infrecuente, debemos aprender a intuir aquellos otros casos que pasan por nuestra práctica profesional sin señales inequívocas, que son la mayoría. Por ello, respecto a este problema, más que de diagnóstico hablaremos de detección o sospecha de probable ASI y, en vez de hablar de sín-

tomas y signos clínicos, hablaremos de indicadores²⁷. Tienen especial relevancia para el diagnóstico la exploración psicológico-psiquiátrica y los datos sociales.

Uno de los problemas diagnósticos más graves relacionados con el ASI es el hecho de que los indicadores que muestra el niño o niña víctima no conforman un cuadro unificado y diferenciado o específico, sino que también se presentan en otros muchos cuadros psicopatológicos de la infancia. Por tanto, es fundamental conocerlos para establecer un diagnóstico diferencial y evaluarlos de forma global.

Se pretende proponer una sistemática de detección sensata, ni alarmista ni temerosa. Además, también es importante diferenciar entre los indicadores y las consecuencias del ASI: los primeros constituyen los indicios, las segundas son fruto del abuso. Por ejemplo, la encopresis en un niño puede ser un indicador de abuso y, al mismo tiempo, una consecuencia de éste, debiéndose atender a los dos niveles de análisis.

No obstante, podemos clasificar los indicadores según su especificidad para el diagnóstico en: a) concluyentes o inequívocos; b) específicos o de alta probabilidad, y c) compatibles o de menor probabilidad (tabla 1)³⁰.

La detección de un caso de ASI se puede hacer a partir de tres fuentes:

1. Indicadores históricos o anamnésticos. Lamentablemente, siendo el relato o revelación del niño la PVE, tanto para el diagnóstico como para el proceso judicial, casi siempre ésta será la última en conseguirse, dada la situación de imposición de secreto que vive, los sentimientos de miedo y desconfianza que se apoderan de él y, además, en algunos casos, por el mecanismo de la disociación psicológica por la que, habitualmente, la víctima rehúye revivir los hechos mediante una especie de amnesia adaptativa.
2. Indicadores físicos.
3. Indicadores comportamentales en la víctima y en el abusador.

Indicadores de abuso sexual infantil

Indicadores comportamentales en el/la menor víctima^{17,30-33}

Comportamiento sexual

Pueden presentar conductas o conocimientos sexuales detallados, extraños, sofisticados o inusuales para su edad. En los menores de 10 años, pueden ser: que dibuje explícitamente actos u órganos sexuales y/o realice interacciones sexuales con otras personas, animales o juguetes, y/o se masturbe en exceso. En los mayores de 10 años son más esperables los siguientes: promiscuidad sexual y/o probabilidad de ser sexualmente victimizados por compañeros y/o intercambio sexual a cambio de dinero, regalos o cariño, y/o pueden intentar que otros niños más pequeños o vulnerables realicen actos sexuales.

Comportamientos no sexuales o generales

Aunque de forma infrecuente, puede darse el caso de que manifieste haber sido atacado sexualmente por un padre, tutor o familiar o cuidador. Lo más frecuente es que manifieste cambios de comportamiento, como los siguientes:

- Se resiste a ir a cierto lugar o a quedarse con cierta persona.
- Trastornos en su hábito de dormir.
- Trastornos en la alimentación.
- Nuevos temores: necesita que se le tranquilice más que antes.
- Retorna a un comportamiento inmaduro, como de bebé.
- Rechaza al padre o a la madre de forma repentina.
- Ideación suicida: a veces se automutila o intenta suicidarse.
- Puede fugarse de casa para evitar que continúe el abuso.
- Baja su rendimiento escolar y empeora su aseo.
- Cambia su comportamiento social: se relaciona poco o mal con sus pares.
- Crisis de ansiedad y/o agitación psicomotriz, incluso con agresividad.
- Permanencia prolongada en la escuela: llegar antes de la hora y retirarse después, sin absentismo.

Indicadores comportamentales en el abusador

Suele tener un comportamiento celoso y sobreprotector; durante las atenciones médicas al menor, buscará permanecer en todo momento presente y cerca del niño, manifestando un exceso de atención, a veces llamativamente agobiante, sobre éste. Habitualmente presenta una imagen de persona amable y bien considerada, pero al hacer la historia sociofamiliar se pueden detectar dificultades en su relación de pareja o aislamiento social (como desempleo con largas permanencias en el hogar al cuidado del menor) o ser consumidor excesivo de alcohol o drogas o prostitución, o indicios de baja autoestima o de problemas psicopatológicos; a veces se llega a descubrir que fue víctima de un abuso sexual en su infancia. En ocasiones, es una persona que pasa largos periodos no justificados fuera del hogar.

Indicadores físicos en el/la menor víctima

Concluyentes o de certeza

- Embarazo en niñas menores de 13,5 años de edad.

TABLA 2

Significación diagnóstica de las ITS detectadas en casos de sospecha de ASI³⁵

ITS confirmada	Abuso sexual	Acción sugerida
Gonorrea ^a	Cierto	Notificar ^b
Sífilis ^a	Cierto	Notificar
<i>Chlamydia trachomatis</i> ^a	Cierto ^c	Notificar
Infección por el VIH ^d	Cierto	Notificar
Condilomas acuminados (verrugas anogenitales)	Probable	Notificar
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Probable	Notificar
Herpes simple genital	Posible	Notificar ^e
Vaginitis bacteriana	Indeterminado	Seguimiento médico
<i>Candida albicans</i>	Improbable	Seguimiento médico

ASI: abuso sexual infantil; ITS: infecciones de transmisión sexual; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

^aExcepto adquisición perinatal por transmisión vertical. ^bNotificar a agencias y organismos un diagnóstico fiable. ^cAunque el cultivo es el *gold standar*, la prueba de reacción en cadena de la polimerasa se presenta como método alternativo. ^dSi no ha sido adquirida perinatalmente ni por transfusión. ^eSalvo si hay una historia clara de autoinoculación.

- Ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS) a partir de los 2 meses de vida (tabla 2). La detección de gonorrea, sífilis o infección por *Chlamydia trachomatis* o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), siempre que se haya descartado una exposición vertical y a las transfusiones, permite emitir un diagnóstico de certeza de ASI; la infección genital por *Trichomonas vaginalis* o virus del herpes tipo 1, así como los condilomas acuminados, son signos probables de diagnóstico de ASI, pero no de certeza^{34,35}.

De alta probabilidad

- Semen en la boca.
- Himen perforado o rasgado.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, la zona vaginal o anal, o la zona crural.
- Apertura vaginal (hiato himenal) mayor de 5 mm.
- Lesiones en el pene o el escroto.
- Desgarros y dilatación anal.
- Excoriación perianal.
- Cualquier tipo de ITS en el área bucal.
- Cuerpo extraño en la uretra, la vejiga, la vagina o el ano.

De menor probabilidad

1. Trastorno, enfermedad o lesiones que, aunque pueden deberse a otras causas, también podrían ser secundarias a alguna forma de abuso sexual:
 - Eritema vaginal o perianal.
 - Aumento de la vascularidad periorificial en el periné.
 - Adhesiones labiales adquiridas (postinflamatorias o posterosivas).
 - Vulvovaginitis (recurrente y de mala resolución).

- Infecciones urinarias frecuentes (pese a llevar a cabo un tratamiento correcto y medidas de aseo).
 - Dificultad para andar y sentarse.
 - Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
 - Cérvix o vulva hinchados o rojos.
 - Aumento de la pigmentación perianal.
 - Ensanchamiento de las venas perianales.
 - Dilatación del reflejo anal.
2. Trastorno o enfermedad que, aunque puede deberse a otras causas de estrés postraumático, también pueden ser la expresión del desbordamiento emocional de una víctima de ASI, ante la situación de desprotección que vive en silencio y soledad. Pese a ser los más inespecíficos, este tipo de indicadores son, en cambio, los que con mayor frecuencia exhiben ante el pediatra los menores abusados, puesto que –recordemos– apenas un 15-25% de los casos presentan señales físicas y son las lesiones psicoemocionales las que más se manifestarán:
- Trastornos del sueño y alimentación.
 - Trastornos psicossomáticos: dolor abdominal, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., sin causas claras.
 - Retroceso en el desarrollo físico, social y emocional.
 - Retroceso súbito en la disciplina de aseo personal o en el cumplimiento y el rendimiento escolar.

Ante casos con indicios de probabilidad, pero no de certeza, es importante iniciar un plan de trabajo que incluya el seguimiento familiar y los controles médicos, así como la valoración del rendimiento escolar, los posibles cambios en su carácter, las posibles necesidades de tratamiento médico o psicológico, o la aparición de nuevos indicadores que incrementen la probabilidad del diagnóstico en términos objetivos. Tiene una especial relevancia la exploración psicológico-psiquiátrica y los datos sociales (tablas 1 y 2).

Especificaciones para la anamnesis y la exploración de la víctima de abuso sexual infantil

La entrevista al menor víctima de abuso sexual

La entrevista de investigación deberían realizarla los agentes apropiados (entrevista forense; psicólogos especializados). Pero, además, debemos preguntar a la víctima acerca de cuestiones relevantes para el diagnóstico médico y el tratamiento, como, por ejemplo, si tuvo o no su menarquia, posibilidad de amenorrea o leucorrea o molestias genitales o, si hubiera revelado la identidad del abusador, si conoce de él detalles o hábitos que nos puedan hacer temer un riesgo serológico (si se trata de un familiar o conocido), etc.

La víctima debe ser entrevistada sola, aunque preferiblemente ante otro testigo profesional o con registro grabado, nunca sin antes ganarse su confianza o al menos haberle ayudado a superar la primera fase de ansiedad. Pero si se trata de un caso de sospecha basada en indicadores indirectos, nunca deberá esperarse de la primera entrevista una revelación concluyente.



Figuras 1 y 2. Muñecos sexuales empleados en la técnica de evaluación psicológica «Hora de juego diagnóstica», de ayuda en la validación del relato del menor víctima de ASI

Deben usarse preguntas abiertas, neutras y no tendenciosas. Hay que emplear un tono de voz y unas maneras neutras cuando el/la niño/a responde, de forma que no pueda apreciar en nosotros reacciones emocionales, como asco u horror o abominación o culpabilización (ni hacia la víctima ni hacia su abusador), ni mucho menos incredulidad o duda de su relato; hay que demostrarle que se le cree y que queremos ayudarlo.

La entrevista médica puede ser admisible en un tribunal, excepcionalmente, por lo que es necesaria una cuidadosa documentación de las preguntas y las respuestas, e incluso se debe considerar su grabación.

La validación del relato del menor por parte de profesionales especializados implica la utilización de técnicas de exploración psicológica específicas, como las siguientes:

- Técnicas gráficas: «HTP» (dibujo «casa, árbol y persona/home-tree-person»), «Persona bajo la lluvia», test de la familia.
- Técnicas de contar historias, como el test de apercepción infantil (TAI, o CAT en su acrónimo inglés).
- Inventario de frases para evaluar el maltrato infantil.
- «Hora de juego diagnóstica», con muñecos sexuales (figuras 1 y 2).



Figura 3. Posiciones exploratorias recomendadas para examinar los genitales externos. Tomada de Lahoti et al.³⁶

Examen físico del menor víctima de abuso sexual³⁴⁻³⁷

El médico debe mantener un comportamiento amable y tranquilo, y ser considerado con la posible aprensión del menor. Por ejemplo, es conveniente el cubrirle con una sábana desde abdomen hasta rodillas antes de exigirle que retire su ropa interior y mantener aquélla mientras se lleva a cabo la exploración púbica y genital. Es útil explicar por adelantado el examen al paciente y su cuidador. Es fundamental realizar un examen físico completo, que incluya una cuidadosa documentación de cualquier laceración, equimosis o Petequias. El examen físico de la cavidad oral incluye la inspección del paladar duro y blando respecto a magulladuras, y la inspección del frenillo en busca de un desgarro o una lesión que pueda ser el resultado de una penetración oral forzada.

Si la agresión se ha producido dentro de las 72 horas previas al examen físico, debe llevarse a cabo la recopilación de pruebas de interés forense. Es deseable usar kits de recogida de pruebas de violación, que deberían estar disponibles en el servicio de urgencias de la mayoría de los hospitales. La evaluación de una agresión sexual aguda de un/a menor es recomendable que sea realizada en un departamento de urgencias hospitalarias pediátrica.

La ampliación e iluminación son esenciales a la hora de examinar los genitales. Se puede utilizar un otoscopio o, si está disponible, un colposcopio. La exposición de los instrumentos antes de su uso puede ser útil en el alivio de los temores de un niño acerca del examen. En niñas prepúberes, el uso del espéculo pediátrico o de colposcopio está reservado para el sangrado inexplicable y debe hacerse el examen bajo sedación. El colposcopio permite una mayor iluminación y magnificación, así como la documentación fotográfica. Si no se dispone de documentación fotográfica, se pueden utilizar diagramas para ilustrar las anomalías.

Examen físico de niñas púberes y prepúberes

El examen de los genitales de la niña prepúber se realiza mejor con la menor en posición de «piernas de rana», mientras permanece en posición supina, sentada en el regazo de su cuidador/a, y en posición genupectoral (figura 3)³⁶. Es necesario realizar esta última para confirmar o excluir las posibles

anomalías de la parte posterior del himen. Las niñas en edad puberal pueden ser examinadas en posición de litotomía.

Debido a que el examen de la posición puede influir en los resultados, es importante documentar la posición en la que la menor ha sido explorada. El uso de la tracción labial se hace necesario para mejorar la visualización real del himen, sobre todo en la posición supina, dado que durante ésta, la cavidad vaginal se hace virtual por la coaptación de sus paredes por efecto de la gravedad y esto hace que, a simple vista, se pueda interpretar la visión de los pliegues más distales y coaptados de la mucosa vaginal como un aparente himen sin hiato apreciable; cuando los labios mayores vulvares son suavemente estirados entre el pulgar y el índice de cada mano en dirección hacia el explorador y hacia ambos lados (figura 4)³⁶ se produce la separación de los pliegues mucosos que cierran el introito y la cavidad vaginal deja de ser virtual, consiguiéndose con ello visualizar el auténtico perfil del himen y la forma y dimensiones de su hiato. Es importante estar familiarizado con la anatomía prepuberal normal y sus variantes; las configuraciones himenales más comunes son: anular, semilunar, «en manguito», septada y fimbriada.

La ubicación de las anomalías debe ser descrita como una esfera de reloj, considerando la uretra en la posición de las 12 h y el ano en las 6 h. En las niñas púberes, el estrógeno hace que el tejido himenal se vuelva más grueso y más distensible; por ello, la detección de un trauma puede ser más difícil. El uso de un bastoncillo de algodón humedecido para mover suavemente el himen puede ser útil para observar todos los aspectos de un himen fimbriado o redundante. Otro método para mejorar la valoración del himen puberal requiere el uso de un catéter de Foley: el catéter se inserta en la vagina, el globo se infla y, con leve retroceso, el himen se estira, ante lo cual pueden hacerse patentes las hendiduras no anatómicas o traumáticas inapreciables a la simple inspección.

Examen físico de niños púberes y prepúberes

El examen genital de los niños puede realizarse con el paciente en posición sentada, supina o de pie. El médico debe examinar el pene, periné, testículos y otras zonas crurales en busca de mordidas, rasguños, hematomas o equimosis de succión. La evaluación del ano puede hacerse con el paciente en posición supina, con flexión completa de las caderas en semiabducción



Figura 4. Los cambios en la posición de exploración pueden afectar a la apariencia del himen. A la izquierda, una niña de 11 años de edad explorada en posición supina «de rana» (hueco vaginal casi virtual por colapso de paredes); a la derecha, la misma niña explorada en posición genupectoral (la cavidad vaginal se hace visible y evidente). Apréciense que las irregularidades que hubieran ofrecido dudas en la primera posición, desaparecen en la genupectoral. Tomado de Lahoti et al.³⁶

y aproximación de las rodillas al tronco, en decúbito lateral o en posición prona genupectoral, con una suave retracción de los pliegues glúteos (figuras 3 y 4).

Tratamiento del menor víctima de abuso sexual

La atención terapéutica a la víctima de ASI debe abordar, por un lado, el tratamiento médico de las lesiones físicas y de la patología infecciosa derivadas de éste, cuando las hay, y por otro lado, el tratamiento psicológico de los importantes daños que el ASI ha causado en su psiquismo, que son los que más comprometen su futuro, con un alto riesgo de presentar secuelas psiquiátricas o comportamentales o de desestructuración de su personalidad. En los casos de agresión sexual aguda sobre niñas que ya tuvieron su menarquia, debe además prestarse atención al riesgo de embarazo.

Tratamiento psicológico

Nunca debemos olvidar que la víctima se halla oprimida bajo una dinámica de «entre la espada y la pared». El abusador puede haber manipulado mucho sus emociones con mensajes del tipo: «Si tu mamá se entera, por tu culpa me pueden meter preso y a ti te van a castigar», o tal vez le dijo que lo hace porque le quiere mucho.

La víctima de ASI puede llegar a nosotros inmersa en un intenso estrés postraumático, en una mezcla confusa y angustiada de emociones y con una noción muy desdibujada de los límites entre experiencias de afecto y de agresión, entre la obligación impuesta de sometimiento (esclavitud) y la complicidad, entre la imposición de secreto por miedo o por culpabilidad, y en cuanto a si el explorador constituye en realidad origen de amparo o desamparo, si decidiera desvelar los hechos.

Aunque, en definitiva, este aspecto del tratamiento compete a los equipos de psicología o psiquiatría especializados en salud mental infantil, puede afirmarse que desde nuestras primeras interacciones como profesionales con el menor abusado, sobre todo si desvela ante nosotros su secreto, comienza ya este proceso, que debe basarse en los siguientes aspectos:

- Muy importante: crearle a la primera señal y demostrarle una actitud protectora.
- Dejarle muy claro que no tiene ninguna culpa.
- Agradecerle que lo haya contado.
- Transmitirle que uno/a siente y lamenta lo que le ha pasado y que no le quepa ninguna duda de que no estuvo bien lo que le hicieron.
- Decirle que uno/a va a ayudarlo y protegerle (lo cual debe seguirse con actuaciones convincentes).
- Animarle de forma tranquila a que hable de ello.
- Apoyar y ayudar al familiar que ejerce protección.

En los casos de ASI incestuoso estará indicado realizar una auténtica y compleja psicoterapia familiar.

Tratamiento médico

Cura y/o reparación quirúrgica de laceraciones, desgarros o heridas

Es muy importante que en estas actuaciones se evite a toda costa exponer al/a la menor a una revictimización traumática institucional, que no sólo aumentaría sus malestares y sensación de desprotección, sino que puede poner en serio peligro el hilo de confianza que el profesional debe obtener de la víctima para ayudarla en su rehabilitación emocional. Cualquier actuación terapéutica o exploratoria que implique reproducir el dolor o la penetración (como la inspección con espéculo, o el lavado vaginal o rectal para recogida de muestras) deberá hacerse bajo sedación, y de hecho es conveniente que los profesionales implicados (médico forense y/o pediatra y/o ginecólogo o cirujano pediátrico y/o anestesiista) se coordinen para completar sus respectivas atenciones en un solo acto.

Tratamiento y/o profilaxis de infecciones de transmisión sexual³⁸

La realización de tomas de cultivos y de test serológicos debe basarse en la posibilidad de que haya habido penetración oral, vaginal o anal y/o la presencia de síntomas. Recuérdese que la serología de ITS (para hepatitis B, C, VIH y Lúes), tras la determinación basal en la primera atención a la víctima, deberá repetirse en las semanas 6, 12 y 24 después de la agresión.

Ante una ITS confirmada, hay que tratarla específicamente:

- *Chlamydia*: azitromicina 500 mg o 1 g v.o., en dosis única (según la edad y/o el peso).
- Sífilis (no neonatal):
 - Penicilina benzatina: 50.000 U/kg (máximo 2,4 millones de U) i.m. semanalmente durante 3 semanas.
 - Si hay alergia a la penicilina:
 - Mayores de 8 años: doxiciclina v.o., 4 mg/kg dividida en 2 dosis el primer día; después 2 mg/kg/día durante 15 días.
 - Menores de 8 años: eritromicina v.o., 50 mg/kg/día durante 30 días.
- Gonorrea: ceftriaxona i.m.
- Herpes genital: referir para tratamiento a una unidad de ETS/dermatología.
- *Trichomonas vaginalis*: metronidazol v.o. 7,5 mg/kg/dosis, 3 dosis al día, durante 5 días.
- *Gardnerella vaginalis*: metronidazol v.o. 7,5 mg/kg/dosis, 3 dosis al día, durante 5 días.
- VIH: profilaxis con zidovudina (AZT) en casos de violación aguda, cuya víctima se persone durante las 72 horas siguientes.
- AZT: 180 mg/m² (s.c.) dividido en dosis cada 6 horas.

Profilaxis de embarazo en violación reciente (durante las 72 h previas) en niñas con menarquia

- Hacer test de gestación para excluir un embarazo previo a la agresión.
- Si éste es negativo, administrar levonorgestrel 0,75 mg, en 2 dosis (cada 12 h), y un antiemético.
- Repetir el test de gestación después de 6 semanas.
- Si el test de gestación es positivo, hay que hacer una valoración obstétrica de su antigüedad y, si se halla en plazos legales, valorar la interrupción del embarazo por el supuesto inequívoco de grave riesgo para la salud o la integridad física y psicológica de la menor.

Conclusiones

- Generalmente, no es posible confirmar o descartar un abuso sexual a un menor en una sola exploración y por parte de un solo profesional. El diagnóstico de ASI exige un proceso de valoración médica, psicológica y social³⁹.
- El relato de la víctima constituye generalmente la PVE incriminatoria del delito, pero muy raras veces se produce de forma espontánea. La validación del mismo, o la exploración psicológica específica para conseguirlo, debe realizarse preferentemente por psicólogos o psiquiatras especializados^{27,29}.
- Los indicadores de sospecha no siempre ofrecen un diagnóstico de certeza, sino de mayor o menor probabilidad, que se verá aumentada por la adición de varias categorías de indicadores o por la exclusión de otras causas del diagnóstico diferencial³⁹.
- La ausencia de indicadores físicos, de lesiones o de verbalización espontánea inicial del menor no descarta de forma definitiva la existencia de ASI cuando éste se sospecha en un diagnóstico diferencial con otras posibles experiencias

traumáticas infantiles, ante signos clínicos o comportamentales de origen inexplicado o posible somatización^{27,28,39}.

- La exploración física debe ser coordinada, adaptada a las características del menor y realizarse de forma precoz, siempre tratando de evitar que nuestra intervención cause revictimización en el/la menor.
- En todos los casos de inequívoca agresión sexual debemos proceder a su denuncia mediante el oportuno parte judicial⁴⁰.
- Dada la alta frecuencia de casos incestuosos, cuando se nos solicite una exploración de un menor tras ser declarada una agresión sexual por una tercera persona, supuestamente ajena a la familia, aunque no hallemos lesiones agudas, deberemos cursar un parte judicial y notificación a los servicios sociales, aun cuando los familiares insistan en hacer la denuncia ellos.
- En casos de agresión aguda evidente o revelada, la toma de pruebas de interés forense debe hacerse antes de 72 horas del presunto abuso sexual. Aunque es motivo de controversia, en opinión de los autores no deberían excluirse de esta actitud los casos con signos físicos antiguos de penetración, cuando éstos son detectados casualmente, pues nunca debemos desestimar la posibilidad de que el/la menor víctima de ASI esté siendo sometido/a a una actividad sexual cotidiana, y la toma rutinaria de pruebas en estos casos detectados puede multiplicar las oportunidades de combatir la impunidad. Es deseable usar *kits* de recogida de pruebas de violación, estandarizados por el laboratorio criminológico o forense al que se destinarán, que deberían estar disponibles en los servicios de urgencias de la mayoría de los hospitales.
- Ante temas tabú, como el ASI y el incesto, cuyo solo pensamiento hiere nuestra sensibilidad y que nos causan abominación en lo más hondo de nuestro ser, los profesionales de la pediatría no podemos permitirnos el natural reflejo psicológico de huida, por el que se tiende a negar su posibilidad o a apartarlos de la reflexión diagnóstica. Si negamos la idea, permaneciendo ocultos los hechos, estamos negando también su solución y condenando al/a la menor víctima a la desprotección más absoluta y a unas secuelas posiblemente devastadoras para su futura personalidad.
- Según la OMS, «ha llegado el momento de que se reconozca el maltrato infantil como un problema de salud pública y no sólo como un problema de justicia penal o social». Según esta organización, «el maltrato infantil tiene no sólo un impacto devastador en la vida de los menores, sino que también tiene costes sociales y económicos, que alcanzan las decenas de miles de millones de euros» y «puede prevenirse a través de un enfoque integrado en la salud pública, una oportunidad que no podemos permitirnos perder».
- Los profesionales debemos reivindicar la creación de unidades multidisciplinarias específicas pediátricas, en las que trabajen coordinadamente pediatras, psicólogos y trabajadores sociales. En parte para evitar la estigmatización del paciente o de la familia citada a este tipo de unidades y, sobre todo, porque existen otras situaciones en la edad pediátrica tributarias también de este tipo de intervención multidisciplinar (otros tipos de maltrato y patología de la inmigración infantil o de la adopción internacional), las unidades respon-

sables de estos seguimientos deberían ser denominadas de pediatría psicosocial. ■■■

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención de los Derechos del Niño. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
- Jefatura del Estado Español. Instrumento de Ratificación de 30/11/1990 de la Convención de 20/11/1989 sobre los derechos del niño. BOE número 313 de 31/12/1990, págs. 38.897-38.904. España, 1990.
- Jefatura del Estado Español. Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor. BOE número 15 de 17/1/1996, págs. 1.225-1.238, España, 1996.
- Save the Children. En: Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales, 1.ª ed. Madrid: Ed. Save the Children; Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, 2001; 22-24.
- Soriano Faura FJ. Prevención y detección del maltrato infantil. PREVINPAD, noviembre de 2001.
- Onoeste Guerra RD. Abuso sexual en niñas y niños. Consideraciones clínicas. Arch Argent Pediatr. 2000; 98(1): 27-33.
- Hurtado Murillo F, Donat Colomer F, Pellicer Faro RM, Royo Martínez A, Ripoll Perelló J. Intervención educativa de promoción de la salud sexual: herramienta de prevención y detección del abuso sexual en niños y adolescentes. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2006; 79-80: 33-46.
- Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet. 2004; 364(9.432): 462-470.
- Haley N, Roy E, Leclerc P, Boudreau JF, Boivin JF. Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2004; 17(5): 313-320.
- Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Poka R. Characteristics of female child abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005; 120(2): 217-221.
- Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. Curr Opin Pediatr. 2005; 17(2): 258-264.
- Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. Acta Paediatr. 2000; 89(3): 310-319.
- Monteleone R. Abuso sexual infantil: la retractación de la víctima y sus consecuencias procesales. Disponible en: <http://www.espaciosjuridicos.com.ar/datos/AREAS%20TEMATICAS/PENAL/abusosexualinfantil.htm>
- Putman FW. Dissociation as a response to extreme trauma. En: Kluff RR, ed. Childhood antecedents of multiple personality, 5.ª ed. Washington: American Psychiatry Press, 1990.
- Intebi VI. Abuso sexual infantil, en las mejores familias. Barcelona: Ediciones Granica, 1998; 173-209.
- Wilbur CB. The effect of child abuse on the psyche. En: Kluff RR, ed. Childhood antecedents of multiple personality, 5.ª ed. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
- Kearney-Cooke A, Ackard DM. The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. J Gend Specif Med. 2000; 3(6): 54-60.
- Saewyc EM, Magee LL, Pettingell SE. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. Perspect Sex Reprod Health. 2004; 36(3): 98-105.
- Bartoi MG, Kinder BN, Tomianovic D. Interaction effects of emotional status and sexual abuse on adult sexuality. J Sex Marital Ther. 2000; 26(1): 1-23.
- Farmer E, Pollock S. Managing sexually abused and/or abusing children in substitute care. Child Fam Social Work. 2003; 8(2): 101-112.
- Silbert MH, Pines AM. Sexual abuse as an antecedent to prostitution. Child Abuse Neglect. 1981; 5: 407-411.
- Magnus JS. Child sexual abuse and adolescent prostitution: a comparative analysis. Adolescence. 1989; 24(95): 665-675.
- Hall RCW, Tice L, Beresford TP, et al. Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. Psychosomatics. 1989; 30: 79-88.
- Bills ET. From sexual abuse to empowerment. En: Schwartz MF, ed. Sexual abuse and eating disorders. Nueva York: Brunner/Mazel, 1996.
- Russell DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. Child Abuse Negl. 1983; 7(2): 133-146.
- Bolen RM, Russell DEH, Scannapeico M. Child sexual abuse prevalence: A review and reanalysis of relevant studies. En: Itzin C, ed. Home Truths About Child Sexual Abuse: Influencing Policy and Practice. Londres: Routledge, 2000; 169-196.
- De Jong AR, Rose M. Legal proof of child abuse in the absence of physical evidence. Pediatrics. 1991; 88(3): 506-511.
- De Jong AR, Rose M. Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. Pediatrics. 1989; 84(6): 1.022-1.026.
- Cid Rodríguez JM, Castellano Arroyo M. El test del árbol, su aplicación en la exploración de la personalidad en la clínica médico-forense. Cuad Med Forense. 2002; 30: 5-21.
- Gil Arrones J, Ostos Serna R, Largo Blanco E, et al. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos. Cuad Med Forense. 2006; 12: 43-44.
- Conselleria de Sanidad y Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat de Valencia. El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002.
- Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Vizcaya. Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. Edita: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 2000.
- Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos, 1997.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988; 27: 655-657.
- Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics. 2005; 116(2): 506-512. DOI: 10.1542/peds.2005-1336.
- Lahoti SL, McClain N, Girardet R, et al. Evaluating the child for sexual abuse. Am Fam Physician. 2001; 63(5): 883-892.
- Adams JA, Harper K, Knudson S, et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. Pediatrics. 1994; 94(3): 310-317.
- Ludwig S. Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch Pediatr Urug. 2001; 72 Supl: 45-54.
- Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjá LI, et al. Abuso sexual: experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. An Esp Pediatr. 2001; 54(3): 243-250.
- Patin Daniel J (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación). Abuso sexual infantil. Reconocimiento y denuncia. Cuad Med Forense. 2002; 2.
- World Health Organization Regional Committee for Europe. European report on preventing child maltreatment. Technical discussion at 63rd RC. Sep 2013. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/news/news/2013/09/prevention-of-child-maltreatment-technical-discussion-at-rc63>