

Abuso sexual en la infancia

C. Martínez González*, M. Figueroa M-Buitrago**

*Pediatra. **Residente MFyC

Parla. Madrid

Pap 2000: 2(8); 61-70

Resumen

El abuso sexual en la infancia (ASI) es una realidad grave, infradiagnosticada, y, por lo general, pobremente solventada por los profesionales encargados de ello, no sólo del ámbito sanitario. Un conocimiento más profundo de este problema, que permita desterrar falsas creencias, reconocer los signos de alarma, concienciar sobre la necesidad de prevención y orientar sobre la actitud a tomar tras el diagnóstico de un caso de ASI, puede ser el primer paso para mejorar la situación de los menores que sufren estos abusos.

En este trabajo pretendemos realizar una revisión de los aspectos conceptuales del ASI e introducir unas nociones sobre prevención y actuación ante un caso concreto, punto éste de gran controversia para el que siguen sin existir protocolos de actuación consensuados.

Palabras clave: *abuso sexual, abuso sexual en la infancia, prevención.*

Abstract

Child sexual abuse is a serious, low diagnosed fact, generally poorly resolved by all involved professionals, both sanitary and non-sanitary personal. Deep knowledge of this problem allow us to discriminate false statements, recognize alarmsigns, motivate the right prevention and provide guidance about how to face a child sexual abuse case, after it is diagnosed. This knowledge can also be the first step leading to improve the situating of minors involved in this kind of abuse.

In this article, we review theoretical aspects of child sexual abuse and introduce some notions about prevention and case management, which is still controversial aspect, without consensuated management guidelines.

Key words: *sexual abuse, child sexual abuse, prevention.*

Introducción

El conocimiento científico del abuso sexual en la infancia (ASI) como forma de maltrato infantil, con especiales y graves consecuencias físicas y psíquicas, conlleva el reconocimiento de los

aspectos médicos, psicológicos y sociales del problema, y la necesidad de un abordaje necesariamente multidisciplinar.

El propósito de este trabajo es realizar una revisión de los aspectos conceptua-

les del ASI, pues sólo a través de una mayor formación podemos mejorar la detección, prevención y manejo de la información obtenida.

Concepto de abuso sexual

El "National Center of Child Abuse and Neglect" (NCCAN) en 1978 propone la siguiente definición de ASI: "Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando este usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que la víctima ó cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor"¹.

De esta definición se derivan tres criterios constitutivos del ASI: edad de la víctima y del agresor, conducta que el agresor usa para someter a la víctima y tipo de conductas sexuales entre ellos^{2,3}:

- Asimetría de edad.

La edad máxima de la víctima debe ser 15-17 años; por encima de esta edad la misma conducta debe ser considerada violación o acoso sexual. El agresor debe tener 5 años más que la víctima, si esta es menor de 12 años, o 10 años más si la víctima es mayor de 12 años. Algunos autores consideran

que el agresor debe ser siempre mayor de 15 años.

- Coerción.

Empleo de fuerza, presión psicológica o engaño para someter a la víctima. Frecuentemente el agresor es una figura que detenta una posición de autoridad o poder (maestro, padre...).

Para algunos autores, este criterio por sí sólo convierte una conducta sexual en abuso independientemente de la edad de la víctima, incluyendo pues, las agresiones sexuales entre menores dentro de la categoría de ASI.

- Tipo de conducta abusiva:
 - Física
- Violación: penetración en vagina, ano o boca con cualquier objeto
- Penetración digital en vagina, ano o boca.
- Exhibicionismo.
- Coito vaginal o anal con pene.
- Caricias en genitales, masturbación.
- Sodomía u otras conductas sexuales con personas del mismo sexo.
- Contacto genital oral.
- Contactos sexuales con animales.

Se considera incesto cuando el contacto físico se realiza por parte de un familiar de consanguinidad lineal, o por hermano, tío o sobrino; también cuando el adulto esté ejerciendo de manera estable el rol de padre.

Explotación sexual:

- Actividades con menores relacionadas con la producción de pornografía.
- Promoción de la prostitución infantil.
- Implicación de menores en observar actividades sexuales de adultos o pornografía.

Epidemiología

La mayor parte de los casos de ASI no son denunciados, ni registrados. Investigaciones serias realizadas en EEUU, Canadá e Inglaterra consideran que un 20% de mujeres y un 10% de varones, han sido víctimas de ASI antes de los 17 años. En España el estudio de Félix López⁴ realizado con una muestra representativa de la población de 2.000 sujetos, encuentra una prevalencia del 19% de casos (15% de varones y 23% de mujeres). El autor interpreta este dato en el sentido de que “al menos” se dan estas cifras en nuestra población.

El ASI es más frecuente en niñas que en niños especialmente en el período prepuberal, existe mayor riesgo en niñas que viven sin sus madres, o con un padre no biológico y se da en todas las clases sociales y familiares, con riesgo de recurrencia alto.

Las dificultades diagnósticas se relacionan con la falta de marcadores epi-

demiológicos, grupos de “riesgo”, o características familiares específicas⁵; únicamente existen factores de vulnerabilidad del niño y de los padres, generalmente detectados a posteriori:

- Niño: con carencia afectiva, dócil, sumiso, educado para obedecer y callarse frente a adultos, con autoestima pobre, aislamiento social y falta de personas cercanas en quien confiar o que supervisen sus actividades.
- Madre: ausente, sumisa, carente de poder, maltratada por su pareja.
- Padre o adulto agresor: falta de aprendizaje para discernir entre caricias sexuales y no sexuales, pobre autoestima, considera el sexo como algo tabú. La presencia de un padre no biológico en la familia es el hecho familiar más frecuentemente asociado a ASI.

Diagnóstico

La detección de la situación de abuso, siempre es preferible a que este permanezca en secreto, pues permite el tratamiento del niño, y frena una situación grave que puede cronificarse.

Las bases para una sospecha o un diagnóstico correcto incluyen los indicadores históricos (relato del niño), los indicadores conductuales, los indicadores físicos y las pruebas complementarias:

Indicadores históricos

Considerar siempre como muy probable cualquier manifestación verbal de un niño con relación a abuso sexual; una falsa creencia habitual, es pensar que los niños cuando cuentan un abuso sexual, están mintiendo o fantaseando. En general, un niño se expresa en su relato, con lenguaje sencillo, coherente con su edad y su desarrollo madurativo; cuanto más adulto y estereotipado sea el lenguaje, menos probable es que los hechos sean ciertos.

Algunos autores cuestionan que el ASI sea un diagnóstico médico, ya que la mayoría de las veces éste se sustenta en la historia del paciente⁶ más que en signos físicos o pruebas complementarias.

Indicadores conductuales

Indicadores inespecíficos: en niños pequeños se manifiestan como regresiones, miedos, alteraciones del sueño, síntomas depresivos, aislamiento, enuresis, manifestaciones psicósomáticas..., en general síntomas que pueden asociarse a cualquier tipo de maltrato o estrés. En la adolescencia son frecuentes las alteraciones del comportamiento como fugas, autolesiones, conductas adictivas o promiscuas.

Indicadores con mayor especificidad: grado de conocimiento en temas sexua-

les superior al esperable por la edad, comportamiento sexualizado, masturbación compulsiva, miedo inexplicable ante varones (en caso de niñas) o interés inusual por sus órganos genitales o los de los demás⁷.

En los niños que han sido abusados sexualmente de forma reiterada, como en los casos de incesto, el "síndrome de acomodación"⁸ explica las reacciones más típicas y la retirada de la denuncia que ocurre frecuente e "inexplicablemente" en muchos casos de ASI. Este síndrome pasa por las siguientes fases:

a) Mantenimiento del secreto: el adulto hace saber al niño que no debe compartir lo que ha ocurrido con nadie, depositando la responsabilidad de lo que ocurra en el menor, con la promesa de que "todo saldrá bien si no lo cuentas".

b) Indefensión: los niños habitualmente se educan para obedecer a los adultos, máxime cuando es alguien de la familia o cercano; esto genera una subordinación e indefensión ante las relaciones de poder y autoridad que se establecen con la conducta abusiva.

c) Atrapamiento y acomodación: el niño aprende a aceptar la situación, cree que él mismo la ha provocado, no puede imaginar que el agresor, sobre todo si es el padre le haga nada malo; su única alternativa es captar su amor. Todo ello

invita al adulto a la repetición, pero genera en el niño sentimientos ambivalentes que se traducen en alteraciones como insomnio, agresividad, conducta suicida, promiscuidad, fugas ...

d) Desvelamiento aplazado: el abuso suele durar años, los mecanismos de acomodación persisten hasta la adolescencia en donde es habitual que surja la conducta desafiante frente a los adultos y se desvele el "secreto". Es frecuente que los adultos que escuchan el relato del abuso se identifiquen con los padres y piensen que en el seno de las alteraciones de conducta que presenta el o la adolescente, aparece el incesto como fantasía en contra de la autoridad paterna.

e) Retracción: la falta de credibilidad del relato genera ambivalencia y culpa, el menor descubre que los miedos y amenazas de desvelar el secreto eran verdad y que su "obligación" es guardar la familia. "Por el bien de la familia", retirará la demanda.

Indicadores físicos

Es frecuente que no existan hallazgos, y que la exploración física sea normal^{6,9}, hecho que en absoluto descarta la existencia de ASI. Este dato se puede explicar porque:

- La demanda puede ser muy diferida en el tiempo.

- La curación de las heridas generalmente es rápida.

- Muchas conductas abusivas no acumulan lesiones físicas.

- El himen puede permanecer intacto incluso tras una penetración.

- El abusador puede tener disfunción sexual, etc...

Aunque no existan lesiones, se debe realizar una exploración completa con especial atención a áreas implicadas en actividad sexual¹⁰: boca, mamas y región genital y anal, valorando situaciones normales o patológicas de causa distinta al ASI:

- Fisuras o dilataciones anales pueden indicar estreñimiento crónico.

- El himen normal puede tener diferentes morfologías e incluso tener un diámetro de apertura > de 5 mm dependiendo de la edad de la niña del desarrollo puberal, la posición durante la exploración y el grado de tracción durante la misma. Por ello, es arriesgado generalizar un valor normal a partir del cual se establezca que ha habido abuso¹¹.

- Cualquier signo local inespecífico puede ser específico si se acompaña de una historia razonablemente coherente.

- Son signos específicos¹² de ASI: presencia de semen o esperma.

- Lúes o gonococia adquirida en un niño, fuera del periodo neonatal.

- Infección VIH adquirida (descartado contagio intravenoso).

Signos altamente sugerentes de ASI, sobre todo en ausencia de una adecuada explicación, son:

- Niñas con heridas recientes anales o genitales del himen y mucosa vaginal, con desgarros posteriores del himen entre las "3 y las 9", laceración del septo recto-vaginal y marcas de dientes.

- Niños varones con afectación ano-rectal: dilatación e ingurgitación venosa, hematomas, fisuras, escaras o laceraciones que no correspondan a enfermedad perianal conocida como liquen escleroso o estreñimiento.

Si existen lesiones se deben describir detalladamente, incluso acompañar de dibujos, esquemas o fotos que pueden ser requeridos en cualquier actuación judicial.

Pruebas complementarias

El diagnóstico de ASI a través de estudios complementarios, se basa en demostrar la presencia de espermatozoides o enfermedad de transmisión sexual (ETS). La recogida de muestras requiere derivar al niño a un centro especializado, generalmente hospitalario, donde se realicen estos procedimientos de forma rutinaria, sin generar más explora-

ciones que las necesarias y una sola vez. En algunos estados de EEUU existen "kits de violación" adaptados a niños para toma de muestras disponibles en los puntos de urgencia.

La existencia de espermatozoides ante una sospecha de ASI, confirma el abuso y permite identificar al agresor a través de estudios genéticos. Las consultas a veces son diferidas en el tiempo, por lo cual es importante saber que el tiempo de permanencia de los espermatozoides es variable: 6 días en vagina, 3 días en ano y en ropa pueden identificarse hasta su lavado.

La detección de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) fuera del período neonatal, constituye una prueba inequívoca del abuso, admitiéndose como evidencia del mismo en los procesos judiciales.

Las enfermedades exclusivamente de transmisión sexual son la gonococia, la sífilis y el VIH (descartadas las vías vertical y parenteral). Las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, trichomoniasis en prepúberes y herpes genital son muy probablemente de transmisión sexual. Los condilomas acuminados se asocian a ASI al menos en el 50% de los casos.

La tasa de ETS verificadas por abuso en menores, es del orden del 2-10%, asociándose fundamentalmente la pe-

netración vaginal con ETS bacterianas, y la penetración anal a infección VIH. La presencia de varios gérmenes transmitidos sexualmente puede relacionarse con la agresión por varios individuos¹³.

Aspectos preventivos

El consejo y la información sobre conductas sexuales, adaptado a la edad y capacidad de comprensión del niño, debe formar parte de la educación para la salud dentro del marco del Programa del Niño Sano: enseñar al niño a distinguir entre "buenas" y "malas" caricias, quién puede y quién no puede tocar o explorar determinadas zonas de su cuerpo (por ejemplo: durante la exploración de los genitales comentar "esto que hago yo sólo te lo pueden hacer tus papás, el médico o la enfermera")... y ofrecer la posibilidad de comunicar experiencias sufridas en este sentido¹⁴.

Este primer nivel debería ser un refuerzo a programas educativos específicos que impliquen prioritariamente el colegio y la familia, como ámbitos normalizados en la vida del niño. Los padres deben recibir información sobre educación sexual, a la vez que sus hijos, dentro de las estrategias de prevención de los centros docentes de un modo estable y sistemático. Las últimas tendencias subrayan la necesidad de enmarcar

la prevención del ASI como un aspecto más dentro de una educación sexual amplia. Esto pretende capacitar al niño para conocer ("remember"), identificar ("recognize"), reaccionar ("respond") y comunicar ("report") el abuso sexual tempranamente; también disminuir los factores de riesgo para convertirse en víctimas (baja autoestima, falta de asertividad...) o agresores en algún momento (especialmente varones adolescentes), asegurando que reciben un mensaje positivo y saludable, y no sólo sospechoso y alarmante, sobre un aspecto básico en el desarrollo humano como es la sexualidad¹⁵.

Actuación ante el abuso sexual

El manejo del ASI, siempre plantea dificultades, sobre todo en los casos habituales de sospecha sin datos en la exploración física donde es frecuente caer en una escasa o excesiva intervención fácilmente, y ambas situaciones abocan a la impotencia y la frustración.

La sospecha razonable de abuso obliga a una notificación judicial, existan o no lesiones, como en cualquier tipo de maltrato. El parte de lesiones es una obligación ineludible, sin perjuicio de la notificación a Servicios Sociales, para completar la investigación social familiar, y la derivación a Salud Mental, ya

que en todos los casos se precisa apoyo psicológico y seguimiento del niño y la familia.

En algunas comunidades autónomas, como es el caso de Madrid, existe un programa de detección precoz del maltrato desde el ámbito sanitario que contempla el registro de casos, y la comunicación a Servicios Sociales mediante una hoja autocopiativa, que vehicula la información y debe iniciar la intervención social que se requiera.

Para aquellos casos con lesiones físicas, de no existir un centro específico de referencia donde remitir al niño para valoración clínica, toma de muestras, prevención del embarazo en adolescentes y tratamiento de las lesiones, deben ser derivados a un centro hospitalario.

Es importante en todos los casos, no multiplicar las actuaciones repitiendo interrogatorios o exploraciones físicas que al niño le aumenten la sensación de dolor o desvalimiento; cuanto más pequeño sea el niño es más necesario y difícil salvaguardar su integridad física y psíquica.

Si el agresor es un miembro de la familia y no se pueda garantizar la seguridad del menor en su núcleo familiar, la

separación de la víctima se puede plantear a través de la hospitalización ó mediante el ingreso transitorio del niño en un Centro de Acogida, a través de la Comisión de Tutela del Menor o las instituciones que en cada comunidad tengan competencia en materia de protección de la infancia. Este hecho no deja de ser doblemente lesivo para el niño, que es el que al final sufre las consecuencias de la separación de su entorno físico, afectivo y relacional, en vez del supuesto agresor.

En general cuanto más agresivo y violento haya sido el abuso, más duradera la agresión y más estrecha la relación entre agresor y víctima peor será el pronóstico y mayor la importancia del tratamiento a largo plazo.

La intervención social y el tratamiento psicológico, que debe ofrecerse en todos los casos, son prioritarios cuando se detectan alteraciones psicosociales preexistentes en el ámbito familiar; algunos estudios sugieren que estas circunstancias influyen más que el propio abuso en la persistencia de síntomas como alteraciones del comportamiento y rendimiento escolar, observadas en estos niños con posterioridad¹⁶.

Bibliografía

1. NCCAN-1988, *Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual exploitation*. US Department of Health, Education and Wealfare publication (OHTS) 79-30166. Washington, DC: DHEW.
2. López Sánchez F, Hernández A, Carpintero E. *Abusos sexuales a menores*. En: Maltrato infantil: prevención diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Consejería de sanidad y servicios sociales. CAM. 1996; 53-84.
3. Rubio Gribble B. Abuso sexual infantil. En: Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto madrileño del menor y la familia. Consejería de sanidad y servicios sociales .Comunidad de Madrid .1998: 109-12.
4. López F. Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan de adultos. Madrid: Ministerio de asuntos sociales, 1994.
5. Finkelhor D. *Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse*. Child Abuse Negl 1993; 17: 67-70.
6. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. *Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal*. Pediatrics 1994; 94: 310-17.
7. Noguerol V. *Aspectos psicológicos del abuso sexual*. En Niños maltratados. Ed. Díaz de Santos .1997: 177-82.
8. Summit R. *The sexual abuse accommodation syndrome*. Child Abuse Negl, 1983; 7 : 177-93.
9. Calvo Rosales J, Calvo Fernández JR. Aspectos físicos del abuso sexual. En: Niños maltratados. Ed. Díaz de Santos.1997: 169-75.
10. Committee on Child Abuse and Neglect. *Pautas para la evaluación de los niños sometidos a abusos sexuales*. Pediatrics (ed. esp.) 1991; 31: 109-14.
11. Heger A. *Diámetro del introito como criterio de abuso sexual*. Pediatrics (ed. esp.) 1990; 29: 61-62.
12. Bays J, Chadwick D. *Medical diagnosis of the sexually abused child*. Child Abuse Negl 1993; 17: 91-107.
13. Ballesteros Martín J. Enfermedades de transmisión sexual relacionadas con el maltrato. En: Niños maltratados. Ed. Díaz de Santos. 1997: 183-93.
14. Leder MR, Emans SJ, Hafler JP, Rappaport LA. *Addressing sexual abuse in the primary care setting*. Pediatrics 1999; 104: 270-75.
15. López Sánchez F. *La prevención de los abusos sexuales*. Bienestar y protección infantil. 1997; 1: 6-30.
16. Paradise JE, Rose L, Sleeper LA. and Nathanson M. *Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children*. Pediatrics 1994; 93: 452-59.