

MALTRATO SEXUAL EN LA INFANCIA

J. ANDRES SANZ, C. BASELGA ASENSIO, J. FLETA ZARAGOZANO, M. MAGAÑA HERNANDEZ,
R. NUEL QUILEZ, G. OLIVAN GONZALVO

**Grupo de Trabajo sobre la Infancia Maltratada.
Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. Zaragoza**

RESUMEN

Los autores definen el maltrato sexual en la infancia como una variante del maltrato infantil. Describen las diversas formas de abuso sexual, los factores epidemiológicos, así como la clasificación según el ámbito en el que se produce o según el tipo de abuso, como por ejemplo la violación, el incesto o la corrupción de menores. Se indica cómo debe llevarse a cabo la exploración física, así como las pruebas complementarias y se propone un protocolo de investigación. Se comentan finalmente aspectos sobre el tratamiento y la prevención.

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil. Abuso sexual. Violación.

SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD

SUMMARY

The authors define abuse in childhood as a variant of abuse in childhood. They describe the different forms of sexual abuse, the epidemiological factors and the classification in relation with the environment in which it occurs or type of abuse such as rape, incest or corruption of minors. They explain how the physical examination and the additional tests should be performed and they propose a model of research. Finally they comment on aspects related to their treatment and prevention.

KEY WORDS

Childhood abuse. Sexual abuse. Rape.

Introducción

El maltrato sexual, incluido dentro del maltrato físico infantil, es un grave problema que va siendo reconocido y atendido cada vez más, aunque en nuestro país todavía es escasa la atención que la sociedad y el pediatra dedican a un tema tan importante (1). Probablemente es la forma más grave de maltrato, por el peligro de causar problemas emocionales y psiquiátricos graves en el niño, en muchas ocasiones irreversibles, en relación con la edad del menor, el tipo de maltrato sexual y la duración del mismo (2).

El término de abuso (*) o maltrato sexual es complejo, pero se puede definir como la participación de un niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las cuales no está preparado por la inmadurez de su desarrollo y a las que no puede otorgar su consentimiento informado, que violan los tabúes sociales y las normas legales de la sociedad (3).

Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales tanto dentro como fuera de la familia y son víctimas de varones con mayor frecuencia. Las niñas son consideradas clásicamente las víctimas de los malos tratos sexuales, pero los niños pueden serlo casi tan a menudo como las niñas.

Los abusos sexuales por parte de familiares son los que se dan con mayor frecuencia y, dentro de éstos, la mayoría son cometidos por padres con sus hijas. En segundo lugar está el maltrato sexual por parte de conocidos y amigos del propio niño y/o de la familia y, por último, con mucha menor frecuencia, se da el abuso por parte de desconocidos (4).

Las formas de maltrato consisten en cualquier tipo de relación sexual como la masturbación, caricias o tocamientos, penetración oral, anal y vaginal, o en abusos sin contacto físico como el voyeurismo, el exhibicionismo, o la utilización del niño en la producción de pornografía (2). El maltrato sexual incluye una gama de punibles actividades que van desde la sutil seducción del menor hasta la brutal violación.

El incesto junto con la explotación sexual y/o prostitución infantil son probablemente los principales y más graves aspectos actuales del maltrato sexual infantil por su creciente frecuencia.

Debido a las circunstancias que envuelven al tema, quizás por producirse la mayoría de abusos dentro de la propia familia o por la dificultad de obtener una concisa declaración de los hechos, bien por miedo o reserva, bien por no saberse expresar la víctima, o simplemente porque el niño no comprende que ha sido agredido o porque se trata de un tabú social, el abuso sexual en la infancia es muy difícil de descubrir en la mayoría de las ocasiones y se denuncia la mínima parte. Kempe lo denominó como un «*problema pediátrico oculto*».

Tiene una gran transcendencia desde el punto de vista moral, psicológico e incluso orgánico, ya que puede ser motivo de transmisión de enfermedades venéreas y de producción de embarazos (5).

En los países donde el problema comienza a vislumbrarse aparecen dificultades de orden práctico en relación a sus estructuras, insuficientes para enfocar el problema de forma global, apuntando la necesidad de crear equipos multidisciplinarios de trabajo en íntima cooperación y colaboración. Médicos, asistentes y trabajadores sociales, abogados, policía, psicólogos y psiquiatras infantiles son fundamentales; al igual que las consultas habituales con enfermeras, cuidadores de guarderías y parvularios, visitadores de salud y maestros (2).

(*) Utilizaremos indistintamente los términos abuso y maltrato sexual dándoles el mismo significado, aunque realmente el abuso sexual se incluye dentro de las múltiples formas de este maltrato.

Epidemiología

Estudios recientes sobre incidencia, aún siendo imperfectos, sugieren que aproximadamente el 1% de los niños padecerán anualmente algún tipo de maltrato sexual (3).

Los cálculos más aproximados indican que entre la cuarta y la tercera parte de todas las mujeres adultas tuvieron contacto sexual involuntario durante su infancia o adolescencia, según datos de Estados Unidos (6).

Se ha calculado que el 12% de los niños que sufren maltrato son víctimas al mismo tiempo de distintas formas de maltrato sexual (7).

Como mínimo el 0,2-0,3% de los niños participan en relaciones incestuosas persistentes durante un período medio de cinco años. Los escarceos sexuales breves son más frecuentes. Las víctimas del maltrato sexual son mujeres en el 90% y varones en el 10% de los casos, aunque para otros autores los niños pueden llegar a ser víctimas casi tan a menudo como lo son las niñas. Se calcula que una de cada cuatro víctimas femeninas y uno de cada cinco varones seguirán sufriendo abusos sexuales hasta los 18 años (8). Miembros de la familia, parientes próximos, vecinos y conocidos dan cuenta del 30 al 50% de todos los incidentes. El 80% de los niños conocen a sus agresores.

Afecta a niños de todas las edades: aproximadamente la tercera parte de los casos se da en menores de 6 años, otra tercera parte en niños de 6 a 12 años y el resto en adolescentes de 12 a 18 años (4).

La mayoría de los abusos son cometidos por varones. El incesto entre padre e hija constituye el problema más frecuentemente denunciado. Entre los padres adoptivos la incidencia es cinco veces mayor que entre padres naturales. Los agresores son adolescentes en al menos el 20% de los casos, según estudios realizados, y las mujeres también pueden ser las agresoras, sobre todo en guarderías y entre las cuidadoras de niños.

El maltrato sexual dentro de la familia se da en igual medida en todos los estamentos sociales y económicos, a diferencia de otros tipos de maltrato infantil, más frecuentes en las clases pobres y marginales.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados con el abuso sexual e incesto pueden identificarse a menudo dentro del marco de la atención infantil habitual (6). La desorganización familiar, la falta de comportamiento protector por parte de los padres, el abuso de drogas o alcohol y el aislamiento social pueden ser marco idóneo para que se presente el maltrato en general. El incesto puede darse en familias aparentemente equilibradas y estables, pero aisladas socialmente, o bien en familias con graves trastornos y con tendencia al alcoholismo, drogadicción, delincuencia, prostitución, libertinaje y promiscuidad.

Al describir al abusador, se han identificado una serie de prerequisites para cometer el abuso sexual. La motivación del abusador está a menudo relacionada con un comportamiento adquirido, tal como abuso que haya padecido él de niño.

Muchos de los adultos que abusan sexualmente de menores tienen el antecedente de haber sido víctimas durante su infancia. Para llevar a cabo el acto del abuso, el perpetrador debe superar las normas internas de comportamiento, es decir los códigos y normas morales adquiridas, así como los agentes inhibidores externos, tales como un padre protector. El obstáculo final al acto de abuso sexual es la resistencia del niño. No obstante, los niños a menudo se sienten indefensos y atrapados, por cuyo motivo pueden demostrar un comportamiento complaciente.

El maltrato sexual aparece en todos los grupos sociales, económicos y étnicos.

Clasificación del maltrato sexual

A. Según el ámbito en el que se produce

La dinámica del abuso es diferente si es intra o extrafamiliar (9).

1. En el caso familiar, las relaciones incestuosas entre padres e hijas suelen iniciarse gradualmente y sin ningún tipo de violencia (4). El padre busca en esta relación una gratificación sexual y la niña busca afecto y cariño. El incesto no suele ser un hecho aislado, sino que forma parte de una pauta de comportamiento sexual inadecuado entre el padre y la hija. El padre suele ser rígido, patriarcal, emocionalmente inmaduro y con frecuencia es bebedor. La madre suele ser crónicamente depresiva, no dispuesta a mantener relaciones sexuales con su marido por trabajo o enfermedad y, generalmente, es conocedora, protectora e incluso inductora de la relación incestuosa, pero es incapaz de enfrentarse al problema. Ella misma de niña ha podido ser víctima. La permisividad, sumisión y falta de afectividad, sitúan a la hija como figura central del núcleo familiar, actuando de «pequeña madre» en todas sus funciones. Si el abuso familiar es violento, el padre puede ser un psicópata y el abuso extenderse fuera del ámbito familiar.

2. La situación del maltrato sexual extrafamiliar es distinta. Tiene lugar alrededor del contexto familiar por cuidadores, canguros, realquilados y, sobre todo, amigos íntimos o familiares (no de 1^{er} grado), aprovechando su confianza y fácil acceso al menor (2). El contacto sexual es infrecuente entre niños y adultos desconocidos. La violación de un niño o una niña suele ser un delito terrible y lleno de violencia; otras veces es un abuso de una relación de poder, debido a una curiosidad incontrolada y en otras ocasiones es la combinación de muchos factores tanto ambientales como personales. El abuso sexual extrafamiliar puede ser causa de secuelas graves para el niño, más aún si cabe que el familiar.

Dentro del maltrato sexual extrafamiliar se incluyen todos los abusos que se pueden producir en colegios, internados, parvularios y otros lugares de confianza para los padres, en principio, donde los adultos aprovechan su autoridad. No se debe pasar por alto la posibilidad de maltrato sexual infantil en centros sanitarios por parte del personal médico, paramédico o de otro tipo, bien sea de forma voluntaria o involuntaria. Debido a una malpraxis médica o a una falta absoluta de tacto, sin olvidar el abuso flagrante, se puede violar la libertad sexual del niño o adolescente.

B. Según el tipo de maltrato sexual

En este apartado vamos a intentar definir términos y figuras legales que implican maltrato sexual y que están tipificados en el Código Penal, aunque prestando mayor atención a las agresiones sexuales a niños. Recientemente el Gobierno ha aprobado un aumento de las penas para los delitos de abusos sexuales, cuando la víctima sea un menor, que será efectivo al entrar en vigor el nuevo Código Penal.

Pedofilia o paidofilia. Se trata de una desviación de la conducta sexual cualitativa (el objeto libidinoso no es el apropiado) que consiste en la atracción sexual por los niños. Puede ser una atracción homosexual, más frecuentemente, o heterosexual. Da lugar a delitos de violación y a agresiones sexuales. A veces va unido al sadismo o a psicopatías graves y las víctimas son objeto de crímenes horribles y deplorables.

El Código Penal regula los delitos sexuales bajo el título «*Delitos contra la libertad sexual*» por ser éste el bien jurídico protegido, y no «*Delitos contra la honestidad*» como anteriormente se conocían, debido a la reforma llevada a cabo por la Ley Orgánica 3/1989 de 21 de Junio. Hablaremos de las figuras legales más importantes.

Violación. El delito de violación consiste, en esencia, en tener acceso carnal con otra persona en contra o por falta de su consentimiento, bien porque no puede dárlo por su estado momentáneo o permanente, bien porque fue obtenido por la violencia o por amenazas graves. El acceso carnal o coito para ser constitutivo de delito de violación debe consistir en la penetración del pene sea vía vaginal, anal o bucal en cualquiera de los supuestos siguientes:

- 1º) Cuando se usare la fuerza o intimidación.
- 2º) Cuando la persona se hallare privada de sentido o cuando se abusare de su enajenación.
- 3º) Cuando la persona fuera menor de 12 años cumplidos, aún cuando no concurriesen ninguna de las circunstancias ya expresadas.

En la nueva reforma prevista del Código Penal la violación oral desaparece como tal y se incluye dentro de las agresiones sexuales. El violador siempre es un hombre y la víctima puede ser una persona del sexo femenino o del masculino, éste sólo en caso de coito anal y/o bucal.

Agresiones sexuales cualificadas. Se denomina así a cualquier otra agresión sexual no contemplada como violación. Antes de la reforma mencionada se conocían como «*abusos deshonestos*» y «*tocamientos impúdicos*». Bajo este nombre se encuentran, con gran seguridad, la mayoría de las múltiples formas de maltrato sexual no denunciadas y que son imposibles de probar en ausencia de lesiones o testigos.

Exhibicionismo. Este delito lo comete el que ejecuta o hace ejecutar actos lúbricos o de exhibición obstena ante otra persona sin su consentimiento. Es considerado como agravante el que se haga ante menores de 16 años o ante deficientes mentales con o sin consentimiento.

Provocación sexual. Aquel que por cualquier medio difundiere, vendiere o exhibiere material pornográfico entre menores de 16 años o deficientes mentales comete este delito.

Estupro. Es el acceso carnal con otra persona conseguido por seducción real o presunta de forma no violenta, tanto si la víctima es del sexo masculino o femenino, que consiente a la unión sexual, pero en cuyo consentimiento hay un vicio de origen que lo invalida. Se subdivide en:

a) Estupro de prevalimiento. Se denomina así al acceso carnal con una persona mayor de 12 años y menor de 18 años prevaleándose de su superioridad originada por cualquier relación o situación.

b) Estupro fraudulento. Es el acceso carnal interviniendo engaño con personas mayores de 12 años y menores de 16 años.

c) Abusos deshonestos equiparados al estupro. Son cualquier agresión sexual concurriendo en las mismas circunstancias que en el estupro.

Incesto. Es una variedad agravante del estupro que consiste en el acceso carnal cometido por el ascendiente o hermano de la víctima.

Rapto. Se trata de la privación de libertad en contra de la voluntad personal y con finalidad de atentar contra su libertad sexual.

Prostitución y corrupción de menores. La prostitución comprende las formas más graves y degradantes del trato sexual, es decir, aquellas en que una persona se entrega por precio a cualquiera que lo solicite. La corrupción se reserva para el resto de las formas de manifestarse la impudicia. Constituye agravante cuando se promueve, se favorece o se facilita la prostitución o corrupción de menores de 18 años. La producción de *pornografía infantil*, junto a otras clases de explotación sexual de menores, es un hecho denigrante y real en la sociedad de nuestros días. Nuestro Código Penal la incluye en el delito de corrupción de menores, aunque no es así en otros países donde la pornografía infantil es un «próspero mercado» (Dinamarca).

Se han descrito en países industrializados los denominados «*anillos sexuales infantiles*» o «*child sex initiation rings*» que consisten en grupos numerosos de niños varones dedicados a ser explotados sexualmente por adultos (2). Los niños son reclutados en las escuelas por jóvenes «cabecillas», o por amigos íntimos de la propia familia y son presionados, en conjunto y bajo amenaza, por los organizadores para que mantengan el secreto de su situación. Los niños inmersos en estos grupos durante largos períodos de tiempo pueden presentar secuelas graves como ansiedad, conductas antisociales, tendencia a la prostitución y a la pornografía, infecciones venéreas, embarazos y neurosis depresivas. Como ejemplo de este tipo de explotación y corrupción de menores, no tan raro como en principio podemos suponer, está el caso «Edelweiss», una secta creada en España hace unos años, cuyo líder reclutaba niños y jóvenes a los que educaba en conductas sexuales desviadas y, bajo una severa disciplina militar, ciega obediencia y absoluto secreto, obligaba a mantener relaciones homosexuales con él mismo y con alguno de los cabecillas, ofreciéndoles a cambio la purificación de sus almas.

Clínica del maltrato sexual

Los niños que han sufrido abusos sexuales se presentan al médico por distintas vías (3): a) pueden acudir para una exploración física de rutina o a causa de cualquier

enfermedad médica o una alteración de la conducta o un hallazgo físico que haga plantearse como diagnóstico diferencial el maltrato sexual; b) han sido o creen que han sido sometidos a abusos, y uno de los padres lo lleva al médico para su reconocimiento; y c) acuden al médico acompañados de asistentes sociales o miembros de organismos locales (policía) para una «evaluación médica» que forma parte de una investigación.

Los menores sometidos a maltrato sexual están generalmente obligados a guardar el secreto, por lo tanto se necesita gran capacidad de sospecha para reconocer el problema. Debe obtenerse una historia clínica completa, incluyendo síntomas de la conducta del niño y los signos asociados del abuso sexual.

Como ya hemos mencionado al principio de este trabajo en nuestro país es escasa la atención prestada al maltrato infantil en general, y menos todavía al maltrato sexual, por lo que no existen pautas determinadas para la evaluación de menores víctimas de abusos. En países con mayor experiencia en el área de maltrato infantil, sexual o no, los pediatras «especializados» ya han desarrollado sus propios protocolos para su práctica profesional. La American Academy of Pediatrics ha publicado pautas específicas para la valoración de niños víctimas de violación y otras agresiones sexuales. Los profesionales de la Medicina, y más concretamente los pediatras, tienen la obligación de clarificar responsabilidades específicas y buscar soluciones idóneas, para cada uno de los niños/as que son víctimas de estas situaciones (10).

Los médicos que sospechen la posibilidad de un abuso sexual están obligados a informar a los padres de sus sospechas de forma tranquila y objetiva. Hay que entender que la persona que lleva al niño al pediatra puede tener o no conocimiento y/o participación del maltrato sexual. En algunos casos el pediatra estará obligado a proteger al niño y, por tanto, puede retrasar la información al (los) padre (s) hasta elaborar un informe y tener una entrevista con los organismos legales (3).

Los síntomas de presentación son con frecuencia de naturaleza tan vaga como alteraciones del sueño, enuresis, encopresis, fobias y otras conductas alteradas que pueden ser indicativas de maltrato físico y emocional.

Entre los signos y síntomas más específicos de abusos sexuales son: dolor, hemorragia, o infección rectal o genital, enfermedades de transmisión sexual y conducta sexual precoz con respecto al grado de desarrollo. Una niña prepúber que presenta hemorragias vaginales, otros síntomas genitales inexplicables, infecciones urinarias recidivantes, enuresis o encopresis es probable que sea víctima de maltrato sexual (4).

Historia clínica. El médico debe tratar de obtener una historia clínica adecuada en todos los casos antes de efectuar una exploración física. un pediatra tiene una capacidad singular y una íntima relación con los pacientes y sus familias, sabe y puede ofrecer gran ayuda para obtener información difícilmente accesible a otros profesionales que participen en la investigación del maltrato sexual. En ocasiones, los niños describirán espontáneamente los abusos a que han sido sometidos e indicarán quién fue el que abusó de ellos; otras veces pueden describir lo ocurrido durante la exploración física, cuando se examina la boca, los genitales o el ano. La consulta debe discurrir poco a poco, y al ritmo que marque el niño. Se deben usar imágenes de muñecas o dibujos para aclarar las diferentes partes del cuerpo;

el vocabulario se deberá interpretar con la ayuda de los padres, si procede (4).

Para investigar un posible incesto hay que tener mucha sensibilidad y realizar una buena historia clínica, ya que menos de la mitad de las víctimas presenta anomalía física o analítica.

Exploración física. La exploración física de los niños sometidos a maltrato sexual no debe suponer un trauma emocional añadido (3). La exploración debe realizarse en presencia de un adulto protector no sospechoso de intervenir en el maltrato, y en el momento adecuado en que haya desaparecido la angustia del niño.

El pediatra se puede sentir inadecuadamente preparado para efectuar la exploración médica de un niño/a víctima de abuso sexual. En tal caso, debería delimitar bien sus aptitudes, para evitar cometer actuaciones que impidan la recogida de pruebas esenciales, y si es preciso remitir el caso a pediatras «especializados» en el tema o a expertos en Medicina Legal.

La exploración física debe ser general, completa y meticulosa. Debe incluir la valoración del crecimiento y desarrollo, la madurez sexual, la conducta y el estado emocional del niño. Hay que comprobar cualquier signo de traumatismo prestando mayor atención a las áreas implicadas en la actividad sexual: la boca, las manos, los genitales, la región perineal, las nalgas y el ano. También hay que buscar contusiones en zonas afectadas tras una agresión sexual con el uso de fuerza con objeto de inmovilizar al menor: cuello, muñecas, tobillos, labios y boca (para impedir que grite), etc. (8).

Manifestaciones físicas genitales (3). Distinguiremos:

1. En las *niñas* la exploración genital incluirá la cara interna de los muslos, labios mayores y menores, clítoris, uretra, zona periuretral, himen, apertura himeneal, fosa navicular y horquilla posterior, además de las mamas (11). Los hallazgos que son compatibles, pero no diagnósticos del abuso sexual son los siguientes: a) hematomas, excoriaciones o abrasiones de la cara interna de los muslos y los genitales; b) cicatrices o desgarros de los labios mayores y menores; c) desgarros, cicatrices y/o distorsiones del himen; d) ausencia de himen o disminución de tejido himeneal; e) cicatrices o lesiones de la fosa navicular y de la horquilla posterior; y f) agrandamiento o variaciones importantes de la apertura himeneal. Un orificio himeneal por encima de los 5-6 mm, infrecuente en la edad prepuberal, puede indicar penetración vaginal por dedos, objetos o pene (2).

2. En los *niños* se deben explorar los muslos, el pene y el escroto en busca de hematomas, cicatrices, excoriaciones, señales de mordiscos y secreciones.

3. En *ambos sexos* el ano puede ser explorado en decúbito supino, lateral o en posición genupectoral. Al igual que en la exploración vaginal, la posición puede influir en la anatomía. Se debe anotar la presencia de dilatación y/o laxitud anal, hematomas alrededor del ano, cicatrices y posibles desgarros anales. El diagnóstico diferencial de penetración anal por dedos o pene es difícil, si bien desde el punto de vista de los trastornos o secuelas psicológicas no hay diferencia entre los dos tipos (2).

Datos de laboratorio. En la exploración realizada antes de transcurridas 72 horas de un asalto sexual agudo o de un abuso sexual con eyaculación se deben realizar estudios forenses (3).

El examen microscópico del material obtenido en boca, uretra y recto puede ser de utilidad. La necesidad de muestras especiales para uso médico-legal debe revisarse según los detalles de cada caso. Entre las muestras pueden examinarse sangre y semen para tiparlos, muestras de vestidos, líquido vaginal, uñas y pelo. Los marcadores de semen (glucoproteína p30), esperma y fosfatasa ácida prostática deben buscarse sistemáticamente en piel, poca y conductos vaginal y anal (2, 8).

No se recomienda realizar sistemáticamente cultivos rutinarios ni pruebas complementarias en busca de enfermedades venéreas.

Enfermedades venéreas. La causa principal de enfermedades venéreas en niños/as prepúberes es la transmisión sexual por parte de adultos (4). Aparecen con gran frecuencia en víctimas de maltrato sexual, sobre todo cuando existe penetración vaginal más que anal (2). Entre ellas destacan:

a) Para algunos autores es necesaria la investigación sistemática de *Neisseria gonorrhoeae* por medio de cultivos, y tests serológicos (VDRL) para sífilis (*Treponema pallidum*) e infección por VIH; aunque estudios realizados destacan una muy baja tasa de pruebas positivas en prepúberes asintomáticos, sobre todo si la historia no indica contacto íntimo.

b) Aunque la infección por *Trichomonas vaginalis* sea infrecuente en edad prepuberal, debido a la carencia de glicógeno y al pH alto del medio vaginal, y su transmisión sea sexual, generalmente, no se puede descartar la vía no sexual de transmisión. Su positividad puede reforzar la sospecha de maltrato sexual.

c) Dado que la *Chlamydia trachomatis* es el germen más frecuente de transmisión sexual entre adultos y que hay estudios que demuestran la prevalencia significativa de dicha infección en niños víctimas de abusos, se debe realizar búsqueda sistemática de este germen en niños con sospecha.

d) El aislamiento de *Gardnerella vaginalis*, si bien no es exclusivo de maltrato sexual, es altamente sospechoso.

Infección urinaria recidivante. Puede hacer sospechar la posibilidad de encontrarnos ante un caso de maltrato sexual, una vez descartadas otras causas como malformaciones del tracto urinario, reflujo vésico-ureteral, etc.

Embarazo. Hay que realizar de forma sistemática test de embarazo en todos los casos de maltrato sexual evidente, en los que las víctimas sean adolescentes o niñas en edad puberal, si se sospecha relación íntima.

Manifestaciones psicósomáticas. Alteraciones del sueño, dolor abdominal, cefalea, enuresis y encopresis son trastornos que se presentan en niños sometidos a abusos.

Alteraciones de la conducta y del desarrollo. Es frecuente encontrar: fracaso escolar inexplicable, depresión, falta de autoestima, aislamiento, desconfianza, huida del hogar, juegos sexuales no apropiados para la edad, uso de drogas, promiscuidad y tendencia a la prostitución. Pueden darse trastornos del aprendizaje, del lenguaje y deficiencia mental (2).

Manifestaciones psiquiátricas. Constituyen los trastornos más graves, a veces irreversibles. Destacan la psicosis, la tendencia a la autolisis y automutilación, los ataques histéricos, los arrebatos y los desmayos.

Diagnóstico del maltrato sexual

El ingreso hospitalario es el primer paso para el diagnóstico y tratamiento del niño maltratado (12, 13).

Es preciso realizar una labor conjunta entre los médicos, personal de enfermería, trabajadores y asistentes sociales y policía con el objeto de obtener el mayor número posible de pruebas legales. Enfocar el tema de forma aislada, constituye un error (2).

En casi todos los casos de maltrato sexual no violento la exploración física y las pruebas de laboratorio dan resultados normales (4). El diagnóstico se establece basándose en la historia del niño. La exploración física aislada pocas veces es diagnóstica en ausencia de una historia clínica compatible, datos específicos de laboratorio, o ambas circunstancias (3).

La presencia de semen/fosfatasa ácida/espermatozoides, un cultivo positivo o gonorrea, o una prueba serológica de sífilis positiva hacen cierto, médicamente, el diagnóstico de maltrato sexual, incluso en ausencia de una historia clínica positiva (excluyendo las formas congénitas de sífilis y gonorrea).

Una vez realizado el diagnóstico de maltrato sexual se puede recurrir al estudio del código genético a nivel de las muestras recogidas (semen, pelo, células epiteliales, etc.) para compararlo con el del presunto agresor. Así la identificación del agresor no presenta duda alguna.

Protocolo de investigación (2).

Historia detallada: a) Tipo de agresión (contacto anal, oral, vaginal o peneano); b) descripción del agresor (en caso de abuso sexual por desconocido); c) versión del paciente agredido; d) objetos utilizados para el abuso si los hubiera; e) valoración del estado psicológico del niño.

Fotografía en color de las lesiones cutáneas, del área perineal y genital, de gran importancia médico-legal.

Examen físico detallado describiendo las lesiones cutáneas en forma de hematomas, quemaduras, mordeduras, arañazos, excoriaciones y contusiones. Búsqueda sistemática de posibles manchas de sangre, pelos y vestigios de ropa del agresor.

Exploración genital detenida: forma y tamaño himeneal, descripción de las lesiones vulvares, vaginales y anales, detallando su localización según las agujas del reloj en caso de las himeneales.

Búsqueda de semen en región vaginal, anal y oral.

Exámenes de laboratorio:

- Examen microscópico de semen, *Chlamydia tracomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida*, *Haemophilus*, *Gardnerella vaginalis*.

- Cultivos: *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida*.

- Orina: análisis rutinario, test de embarazo, cultivos para *Neisseria gonorrhoeae*, tóxicos, semen.

- Sangre: serología luética, VIH.

- Aspirado vaginal: semen, grupo sanguíneo.

- Cultivo de secreción anal: *Neisseria gonorrhoeae*.

- Estudio de la piel: (frotación con torunda de algodón impregnada de suero fisiológico) para identificar semen y fosfatasa alcalina. Búsqueda de huellas digitales.

- Estudio de las uñas: vestigios de sangre, semen.
- Estudio del vello pubiano: búsqueda de semen y vello del agresor.
- Estudio del ADN cromosómico en células recogidas como muestras (células epiteliales, pelo, espermatozoides, etc.) para la identificación del agresor.

Diagnóstico diferencial

En ocasiones, la diferencia entre maltrato sexual y una lesión genital traumática de causa accidental puede ser difícil y precisar una historia detallada y un enfoque multidisciplinario (3). Este tema ha suscitado la realización de estudios a propósito de las variaciones de la morfología de los genitales de víctimas sospechosas de haber sufrido maltrato sexual. A este respecto serios estudios apoyan la hipótesis de que las características de la concavidad de la localización posterior/lateral, el contorno angular y la irregularidad del borde se hallan asociadas con traumatismos previos del himen (14).

Existen muchas malformaciones congénitas, infecciones y enfermedades inflamatorias que producen anomalías anogenitales que se pueden confundir con lesiones de maltrato.

El abuso sexual debe diferenciarse del «juego sexual» mediante la valoración de la frecuencia y naturaleza abusiva de la conducta sexual y determinando la diferencia de edad y desarrollo sexual entre los participantes (3).

Aspectos legales

Dado que la probabilidad de una acción judicial es elevada, se recomienda registrar con detalle todos los datos de la historia y todas las pruebas posibles, así como dibujos, fotografías, etc. Se debe hacer un informe médico minucioso que, junto al parte de juzgado, se remitirá a los órganos judiciales. Es probable que se tenga que testificar en procesos criminales, en los que los registros aislados no son suficientes y el testimonio oral del médico se hace necesario (3).

En un juicio el nivel de la prueba es el máximo, por tanto los médicos deberían conocer la especificidad de sus hallazgos y su significado diagnóstico.

El juez debería actuar en el mejor interés del niño para tratar de determinar la seguridad del ambiente en el que vive y debería preocuparse menos de quién fue y más de cómo evitar que se repita el abuso. Una víctima de incesto no debe volver al hogar si no lo desea, si la madre no cree la historia que relata, si la vida familiar es caótica o si no se ha completado la recogida de pruebas.

En Estados Unidos, todos los pediatras están obligados por la ley de cada estado a notificar los casos sospechosos o ciertos de maltrato sexual infantil. Existen riesgos de responsabilidad civil, penal y profesional por la ausencia de dicha notificación. En nuestro país las cosas no difieren mucho respecto a la obligatoriedad de notificación del maltrato infantil sexual o no. Así, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal obliga al médico a denunciar el maltrato (7). Por ello, todo médico debe conocer, al menos, las pautas de actuación ante un

caso de maltrato infantil, las cuales ya quedaron definidas en un trabajo anterior (13).

Cada vez más el pediatra se enfrenta a casos en los que los padres se encuentran en un proceso de separación o divorcio y alegan que uno u otro (o ambos) está abusando sexualmente de los hijos con el fin de anular la patria potestad del contrario. Son casos difíciles y requieren una investigación antes de descartarlos o desacreditarlos, simplemente porque exista un litigio de la custodia.

Tratamiento del maltrato sexual infantil

Cuando se nos presenta un caso de maltrato sexual nos enfrentamos a: a) el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones físicas derivadas del abuso, que en la mayoría de las ocasiones curan sin complicaciones o no es necesario tratar; b) la profilaxis y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de infecciones mediante antibioterapia adecuada; c) la profilaxis del embarazo en consulta con la paciente y sus padres usando estrogenoterapia aislada, si el contacto sexual ha tenido lugar en las 72 horas precedentes; y d) el tratamiento de secuelas psíquicas, emocionales y conductuales que son las verdaderas lesiones de esta «*desagradable enfermedad infantil difícilmente erradicable*».

Todos los niños sometidos a maltrato sexual deben ser valorados por psicólogos y psiquiatras infantiles, quienes deben determinar la necesidad de tratamiento (3). Esta necesidad variará según el tipo de agresión sexual (intra o extrafamiliar), el período de tiempo que ha durado el abuso, los síntomas y la edad del niño. En general, cuanto más agresivo y violento haya sido el abuso, más duradero en el tiempo, y más estrecha la relación entre el agresor y la víctima, peor será el pronóstico y la necesidad de tratamiento a largo plazo. Todas las víctimas de abusos necesitan, al menos, apoyo psicológico (4). En muchas ocasiones, los padres también pueden precisar tratamiento y apoyo para afrontar el trauma emocional que supone la agresión sexual de un hijo, continuada o única, estén o no directamente implicados. Los casos de abusos sexuales dentro de la familia son aún más difíciles de tratar, ya que se debe proteger al niño de posteriores tentativas al mismo tiempo que se trata de preservar la unidad familiar.

Casi todos los pacientes responden bien tras varias sesiones de una psicoterapia adecuada para su edad (4).

El tratamiento debe orientarse según la valoración del nivel de desarrollo cognitivo del niño, atendiendo de forma concreta a la capacidad de éste de comprensión formal y real, para la reconstrucción lógica de los hechos y del momento en que se produjeron (8). Esta valoración requiere, en ocasiones, tener que dedicar mucho tiempo a ganarse la confianza del niño y permitirá al médico planificar una entrevista útil que sirva de psicoterapia. Debe ayudarse a la familia a sentirse reconfortados y convencerles de que son capaces de prestar ayuda al niño. En la mayoría de los casos, el mejor sistema para ayudar al niño es ayudar a sus padres.

Prevención del maltrato sexual infantil

La medicina preventiva primaria es la educación adecuada del niño. Hay que enseñar a los niños a no guardar secretos, a decir que no y a que cuenten a alguien lo sucedido (4).

En Estados Unidos se están comercializando muchos programas de prevención, al igual que cientos de libros, cuentos, vídeos, obras de teatro, dibujos animados y espectáculos de mimo sobre el tema que intentan ser útiles para educar a los niños a protegerse ante un posible abuso sexual. Además tienen la finalidad de conseguir que los niños y niñas víctimas de maltrato sexual denuncien su caso.

La mejor protección es alertar a los adultos para que no abandonen a los niños en situaciones de alto riesgo, como en guarderías que prohíben las visitas, y para que escuchen a los niños y sepan reconocer sus síntomas de estrés y ansiedad (trastornos del sueño, enuresis, encopresis, temores, etc.) (6). Cada vez es mayor el número de niños que se tienen que quedar a cargo de un servicio de guardería. Los padres que dejan a sus hijos al cuidado de otros tienen la obligación de confirmar su seguridad. Sólo serán de confianza aquellos centros que permitan las visitas sin ningún tipo de restricción.

Uno de los primeros pasos para la prevención es preparar a la familia para tratar los aspectos saludables y normales de la sexualidad infantil, de forma que se enseñe a padres e hijos un comportamiento protector sin promover la paranoia.

La prevención primaria se debe realizar a nivel de toda la sociedad mediante un proceso de cambio social, legal y educacional para llegar a modificar el sustrato etiológico del maltrato infantil, en general (12). El plan terapéutico y preventivo global en casos de maltrato se basa en (7):

- a) Tratar al niño, protegerlo y evitarle posibles agresiones futuras.
- b) Intentar que el niño vuelva a su hogar, con su familia, lo antes posible y sin ningún peligro.
- c) Por parte de la sociedad, procurar eliminar o reducir los factores que debilitan la estabilidad familiar.

Es necesaria la difusión de los conocimientos sobre el maltrato infantil por parte de los profesionales y de las personas interesadas en evitarlo para que toda la sociedad, en general, tome conciencia del problema (15).

Pronóstico

Si se ayuda a tiempo a las víctimas de abusos sexuales, casi todos llegarán a llevar una vida adulta normal. Muchas de las víctimas de incesto desprotegidas se logran escapar de sus casas para acabar ejerciendo la prostitución (2, 4). Se ha establecido una estrecha relación entre antecedentes de maltrato sexual con posterior drogadicción, delincuencia juvenil y conductas criminales. Algunas de las víctimas con el tiempo tienen tendencias suicidas, presentan histeria de conversión y la mayoría tienen problemas de relación y necesitan ayuda psiquiátrica a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. CASADO J: Síndrome del niño maltratado. «An Esp Peditr», 1987; 27: 5-6.
2. QUEROL X: Maltrato sexual, 59-82. En: «El niño maltratado». Ediciones Pediátricas. Barcelona, 1990.
3. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. Pautas para la evaluación de niños sometidos a abusos sexuales. «Pediatrics» (ed. esp.), 1991; 31: 85-90.
4. SCHMITT BD, KRUGMAN RD: Incesto. Abusos y negligencias con los niños. Nelson. Tratado de Pediatría. 13ª Edición, 1989, vol. I: 85-87.
5. DELGADO A, GARATE J: Síndrome del niño maltratado. «Pediatrika», 1989; 9: 235-238.
6. CASH R: Guía para la prevención del abuso sexual de menores. «Pediater Rev», 1991; 12: 304.
7. MARINA LOPEZ C: Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el «maltrato infantil». «An Esp Peditr», 1991; 35: 113-119.
8. GORDON LB: Maltrato sexual de niños y adolescentes. Nelson. Tratado de Pediatría. 13ª Edición, 1989; vol. II: 1268-1269.
9. BALBOA DE PAZ F: Abuso sexual. Síndrome del niño maltratado. CASADO DE FRIAS E y NOGALES ESPERT A. «Pediatría», 1991; vol. II: 1129-1130.
10. BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, ANDRES J, VICO P, SANCHEZ R, TABOADA V, NUEL R, OLIVAN G: Problemática actual del maltrato infantil. «Bol S Peditr Arag Rioj Sor», 1992; 22: 99-100.
11. EMANS SJ. Sexual abuse in girls: What have we learned about genital anatomy? (Editor's column). «J Peditr», 1992; 120: 258-260.
12. FRONTERA P, CABEZUELO G: Prevención de los malos tratos infantiles. «An Esp Peditr», 1990; 33: 140-143.
13. FLETA J, BASELGA C, ANDRES J, MAGAÑA M, NUEL R, OLIVAN G: Actuación del médico ante un caso de maltrato en la infancia. «Bol S Peditr Arag Rioj Sor» (en prensa).
14. KERNS DL, RITTER ML, THOMAS RG: Variaciones cóncavas del himen en víctimas infantiles sospechosas de abusos sexuales. «Pediatrics» (ed. esp.), 1992; 34: 111.
15. BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, ANDRES J, NUEL R, OLIVAN G: La infancia maltratada. «Bol S Peditr Arag Rioj Sor», 1992; 22: 101-105.