

Invest. Medicoquir 2020 (mayo-agosto); 12 (2)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Abuso sexual en la infancia y adolescencia *Sexual abuse in the infant and adolescent*

Laura E. Alvaré Alvaré¹ Jorge Peláez Mendoza

I Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, La Habana. Cuba

II Clínica Internacional Camilo Cienfuegos, La Habana. Cuba

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica sobre abuso sexual en la infancia y la adolescencia con el objetivo de redactar las guías prácticas para los estándares latinoamericanos de la federación de ginecología y obstetricia (FLASO). Se exponen diferentes conceptos así como factores de riesgo y protección y el tratamiento integral según la edad.

Palabras clave: abuso sexual, factores protectores y de riesgo, tratamiento.

ABSTRACT

We do bibliography review about sexual abuse in the infant and adolescent focusing to redact the practice guides for Latin American countries of obstetric and gynecologic

federation (FLASO). Exposing different concepts such as: risk and protector factors and the treatment according to age.

Key words: sexual abuse, risk and protector factors, treatment.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil no es una patología nueva, sino una de las peores formas de maltrato infantil que acompañó al desarrollo del hombre durante toda su historia y es considerado como ***la peor forma de violación fundamental de los derechos humanos***.

Según un informe de septiembre de 2016 de la Organización Mundial de la Salud ¹ Una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 varones han declarado haber sufrido abusos sexuales durante su infancia. En tanto el Estudio Global elaborado por UNICEF en el año 2014,² estima que más de una de cada diez niñas sufrieron abuso sexual en su infancia. El abuso sexual no es exclusivo de la niñez, es igualmente frecuente durante la adolescencia y juventud, el Presidente Barack Obama,³ basado en el informe de una fuerza especial creada por la Casa Blanca con el propósito de estudiar esta problemática en las Universidades, llegó a revelar en el año 2013 que una de cada cinco estudiantes fue abusada durante su paso por la Universidad (Barack Obama, Washington DC, 2013). En el mismo se asegura que *"Nadie en Estados Unidos corre más riesgo de ser violada o agredida sexualmente que las mujeres en las universidades de nuestra nación"*, afirmó el Consejo de la Casa Blanca sobre las Mujeres y las Niñas. Por lo que el presidente afirma en su declaración que *"Necesitamos alentar a los jóvenes, hombres y mujeres, a que se percaten de que la agresión sexual es simplemente inaceptable. Y van a tener que hacer acopio de valor para ponerse de pie y decirlo, en especial cuando la presión social para guardar silencio o para apegarse a lo establecido pueda ser muy intensa"*.

Los datos mencionados dan cuenta de que el abuso sexual representa una problemática que afecta fuertemente a la niñez y la adolescencia en todo el mundo. A pesar de que constituye un problema creciente en el mundo, la mayoría de los casos no son detectados ni denunciados. La importancia de escuchar al niño cuando refiere haber sido abusado radica en que su descripción es la más importante, poderosa y, en muchas ocasiones, la única evidencia del abuso cometido en su contra. Por ese motivo, es

imprescindible prestarles atención, privacidad y escucharlos sin juzgarlos. (Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes-Unicef.⁴⁻⁶).

En la mayoría de los casos detectados no suele haber lesiones físicas que funcionen como indicios para determinar quién fue el agresor ni hay una conducta específica o prototípica que los niños víctimas presenten. Tampoco suele haber testigos, ya que quien comete un abuso sexual suele hacerlo a escondidas. Todos estos factores, sumados a mitos enraizados y prejuicios culturales que operan en detrimento de los niños cuando toman la palabra para develar que han sido abusados, hacen que el diagnóstico y posterior denuncia sean una tarea compleja. También opera una premisa falsa que sostiene que “si no hay lesión, no hubo abuso”. Esto agrava la situación porque sin detección los niños no reciben tratamiento, ni protección ni justicia. Los Niños y adolescentes víctimas de abuso sexual con frecuencia callan: por miedo, culpa, impotencia, por sentirse desvalidos, vergüenza. Suelen experimentar un trauma peculiar y característico de este tipo de abusos: se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. Este trauma psíquico se potencia con el paso del tiempo, cuando la consciencia de lo sucedido es mayor.

Siguiendo un enfoque de género, derechos humanos y ciclo de vida, resulta evidente que el abuso sexual puede aparecer en todas las etapas de la vida, incluso antes de nacer (en la vida fetal), a continuación relatamos sus manifestaciones más frecuentes en cada una de ellas.

Antes de nacer (Embarazo consecuencia de una violación)

Durante la Niñez.

- Abuso sexual intra y extra familiar
- Prostitución y explotación sexual
- Tráfico con fines de explotación sexual
- Acoso sexual en escuelas y otros lugares públicos
- Pornografía infantil
- Matrimonio de menores
- Violación en situaciones de conflicto armado y desastres
- Padres que ofrecen sus hijas para favores sexuales.

Durante la adolescencia y juventud.

- Abuso sexual intra y extra familiar
- Prostitución y explotación sexual
- Tráfico con fines de explotación sexual
- Acoso sexual en escuelas y otros lugares públicos
- Matrimonio forzado
- Intercambio sexual por bienes (comida, vivienda, pago de estudios).
- Violencia sexual en citas
- Pornografía
- Padres que ofrecen sus hijas para favores sexuales
- Violación en situaciones de conflicto

Concepto de Abuso Sexual.

Se define el abuso sexual infantil como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño/a, aprovechando su situación de superioridad.

Sin embargo, la OMS define el abuso sexual,^{5,6} como todo acto sexual, los comentarios, o insinuaciones sexuales no deseadas o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el trabajo.

Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo.

El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias.

La **interacción abusiva**, que puede ocurrir con o sin contacto sexual, incluye:

- .- Los manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales.
- .- El coito interfemoral (entre los muslos).
- .- La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal.
- .- El exhibicionismo y el *voyeurismo*.

- .- Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de niños y adolescentes.
- .-Exhibición de pornografía. Ocasionalmente disfrazada como “educación sexual”.
- .- Instar a que los niños y adolescentes tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales.
- .-Contactar a un niño o adolescente vía internet con propósitos sexuales.

Epidemiología del abuso sexual.

Para entender la epidemiología del abuso sexual es importante conocer toda una serie de Mitos en torno al abuso sexual en niñas y adolescentes. López y del Campo (1999),⁷ expresan que existen falsas creencias o mitos con relación al abuso, como por ejemplo que los abusos ocurren raramente, que sólo lo sufren las niñas, que actualmente se dan más abusos que en el pasado y otros. A continuación resaltamos los principales mitos y realidades que se han descrito en la literatura médica.

Mito: Los abusos sexuales contra niñas y adolescentes no son frecuentes.

Realidad: Son un problema común en la infancia. Según datos de la OMS, una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres adultos declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Mito: Los agresores sexuales siempre usan la fuerza física para someter sexualmente a los menores.

Realidad: No siempre utilizan la fuerza física. Por el contrario, suelen emplear como tácticas de persuasión y manipulación, juegos, engaños, amenazas y distintas formas de coerción para involucrar a los menores y mantener su silencio.

Mito: Los niños y niñas de preescolar no necesitan obtener información sobre el abuso sexual porque se aterrorizarían si son informados sobre el tema.

Realidad: En lugar de atemorizarlos, los programas educativos ayudarían a que, desde pequeños, los niños y las niñas desarrollen habilidades para protegerse de una manera útil y eficaz de los agresores.

Mito: Los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales son agresores sexuales en su vida adulta.

Realidad: Solamente una proporción de niños y adolescentes abusados sexualmente que no recibieron tratamiento adecuado devienen en agresor sexual. Este mito es fuertemente estigmatizante para las víctimas, en particular para los varones, y pudiera incrementar la tendencia de las víctimas a mantener el secreto, aún al llegar a adultos, por el temor a ser vistos como potenciales agresores sexuales.

Mito: Los abusos sexuales ocurren en menores de familias de pocos recursos.

Realidad: Ocurren sin distinciones en todos los estratos socioculturales. El mito se explicaría por la existencia de un subregistro estadístico de los casos que afectan a los niveles socioculturales más acomodados, pues suelen denunciarse aún menos.

Mito: Los agresores son personas aisladas socialmente que tienen un perfil de personalidad específico y algún tipo de enfermedad mental o perversión.

Realidad: Cualquier persona puede ser un abusador. Es necesario desterrar el mito de que quien comete un acto de abuso sexual contra un menor tiene una personalidad anormal o pervertida. La realidad es que los agresores pueden ser tanto varones como mujeres, heterosexuales u homosexuales, neuróticos, psicóticos, perversos o seniles. No existe un *perfil de personalidad* específico ni *tests* que detecten o excluyan a quien agredió sexualmente a un menor. Los agresores son personas que se encuentran en nuestro entorno: padres, abuelos, tíos, vecinos, docentes, amigos. Circulan en la sociedad y pasan inadvertidos porque su conducta social (lo que se ve) no muestra su conducta sexual

Mito: Los niños mienten, inventan, fantasean. Son fabuladores, por lo tanto, no son creíbles.

Realidad: Estas afirmaciones indican prejuicios arraigados en las sociedades que son empleados para descalificar e invalidar las denuncias de los menores.

No está demostrado que los niños mientan más que los adultos. Es verdad que aprenden a decir mentiras de los adultos, pero esas mentiras son infantiles y se destacan por su ingenuidad, obviedad, simplicidad y fácil detección. Suelen ser negaciones más que inventos. En segundo lugar, los niños pequeños y aquellos que tienen discapacidad mental no poseen las habilidades madurativas, cognitivas ni evolutivas que se requieren para inventar, fantasear, fabular, fabricar y sostener mentiras complejas de un modo

creíble. Menos todavía podrían hacerlo ante profesionales de la salud mental entrenados para evaluarlos.

No es sino en la pubertad que se comienza a fantasear con la genitalidad adulta. Los niños tienen conocimientos básicos sobre la reproducción humana, pero desconocen las modalidades de la sexualidad adulta, que se caracteriza por su genitalidad explícita. **Este es un indicador clave:** los relatos de los menores abusados sexualmente incluyen un conocimiento de la genitalidad adulta desfasado y anómalo para la edad, que se suma a la presencia de un estado emocional negativo.

Prevalencia.

Los reportes de abuso sexual a niños y adolescentes se han ido incrementando en las últimas décadas, aunque ha sido un fenómeno endémico a través de todas las generaciones en todas las sociedades. El reconocimiento reciente de su frecuencia es producto de los efectos psicológicos potencialmente devastadores que origina. Existe un estimado razonable, que considera que el 20% de las niñas y el 9% de los varones están involucrados de una manera u otra con actividades sexuales inapropiadas para su edad por estimulación de una persona de mayor edad. El contacto sexual puede ser único entre el niño y un extraño, pero también puede ser una acción prolongada entre el menor y el padre, padrastro u otro individuo conocido por el niño con encuentros repetidos por meses o años. El menor conoce al abusador en más de un 70% de los casos y la mayoría, 90%, son cometidos por varones y familiares.

Hay estudios que basados en encuestas retrospectivas sustentan el criterio que aproximadamente el 20% de la población adulta ha sido víctima de abuso sexual en edades tempranas. Muchos adolescentes en todo el mundo declaran que su primera experiencia sexual fue por coacción de un compañero de mayor edad. El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes de ambos sexos es un problema de gran magnitud en América Latina y en muchos países está rodeado de secretos y falsas creencias que refuerzan su ocurrencia, minimizan la frecuencia, inculpan a las víctimas y disculpan a los victimarios. En la llamada Consulta Regional sobre el Problema de la Violencia contra los Niños y Adolescentes, celebrada en junio del 2005 en Argentina, donde se reunieron más de 250 expertos latinoamericanos con vistas a la redacción de un informe mundial para presentarlo en la Asamblea General de Naciones Unidas, los expertos llegaron a la

conclusión de que América Latina es una de las regiones más violentas del mundo y las principales víctimas son los menores y las mujeres. "Millones de niños y niñas de la región viven bajo temor de ser víctimas de violencia en la casa, en la escuela y en la calle", se afirma en una declaración emitida al término de la reunión. (Buenos Aires, junio 1/2005 (EFE)).

Factores de riesgo

Aunque los menores de todas las edades a partir de la edad de lactantes, pueden ser víctimas del abuso sexual, el promedio de edad más frecuente para el ataque es entre los 8 y los 12 años,⁸⁻¹⁰ siendo más vulnerables las niñas, aunque se debe tener presente que los niños varones son menos propensos a reportar el abuso. En la mayor parte de los casos que van a juicio los abusos son cometidos por conocidos y familiares, que acceden con facilidad al niño y aprovechan la confianza nacida en la convivencia. Suelen reiterarse en el tiempo, durante meses e incluso años, antes de ser descubiertos. La relación del abusador con el menor es directamente proporcional a la duración y la extensión del abuso

Generalmente, quienes cometen actos de abuso sexual pertenecen al género masculino, aunque también existe una proporción minoritaria de mujeres agresoras, que se diferencian de los varones por su falta de empleo de violencia física. El incesto paterno filial, es el caso que reviste mayor gravedad debido a las consecuencias devastadoras que provoca sobre todos los aspectos de la vida cotidiana, destruye tanto la subjetividad como la configuración familiar. Cualquiera sea la etnia, edad, condición sociocultural o género de la víctima, estos casos de abuso no pueden ser justificados y nunca son culturales.

El abuso sexual infantil sucede en la mayoría de los casos sin violencia física, pero sí emocional. Se emplea la manipulación y el engaño, la amenaza y/o el soborno. Los niños, sobre todo los más pequeños viven el abuso con sorpresa, como algo ocasional, no intencionado, casi accidental puesto que para ellos es impensable que ocurra otra cosa. Poco a poco, irán percibiendo el abuso como algo más intrusivo e intencional. Al principio es difícil que se den cuenta de lo que está ocurriendo, por lo que se dificulta la revelación. Ciertas características psicológicas del menor suelen traducirse en factores de riesgo como son:

- Pobre desarrollo de destrezas relacionadas con la seguridad personal
- Ser víctima de maltrato físico o psicológico
- Proceder de una familia disfuncional o caótica
- Consumo desmesurado de alcohol por parte de los progenitores o tutores
- Violencia hacia la madre por parte del padre o tutor
- Baja autoestima
- Falta de asertividad
- Desconocimiento sobre sexualidad correspondiente a su edad
- Abuso de confianza por parte del abusador.

Igualmente se han descritos los siguientes factores protectores del abuso.

Tener conocimientos sobre:

- Derechos y responsabilidades
- Límites adecuados en la relación con pares y con adultos, en particular cuando suponen presión, engaño o violencia.
- Reconocer partes del cuerpo
- Identificar partes íntimas (genitales)
- Reconocer los distintos tipos de caricias por las partes del cuerpo en que se dan (partes visibles y partes privadas) y sentimientos que provocan.
- Normas de seguridad familiar (dirección y teléfono de casa)
- Identificación de personas de confianza dentro y fuera de la familia.
- Diferenciar responsabilidad sobre hechos (reconocimiento de daño evidente) y culpas atribuidas (trasladar idea y responsabilidad de daño).
- Diferenciar entre información que se debe guardar y secretos que no deben ocultarse
- Concepto del abuso sexual e identificación acorde a la edad.

Habilidades que debe tener:

- Sentido del humor
- Promover aptitudes (deportivas, musicales, artísticas, etc.). Favorecen la percepción de autocontrol sobre su vida y circunstancias.
- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de salida frente a posibles situaciones de abuso.

- Capacidad de superación. Fijarse metas altas pero realistas, trabajando para lograrlas.
- Cuidado del cuerpo y habilidad de expresión corporal (juego, danza, teatro etc.)

Actitudes y sentimientos que deben tener:

- Sentimiento de aceptación incondicional de una o más personas significativas
- Adecuada autovaloración
- Conciencia de sus derechos y determinación para defenderlos
- Valores y creencias que den sentido a su vida.

La familia en el desarrollo de factores protectores

En relación a la sexualidad los padres deben considerar informarse sobre la sexualidad y sus manifestaciones en la infancia, deben brindar a sus hijos información adecuada sobre su cuerpo, sexualidad, y riesgos. De igual forma deberán aprovechar diversas oportunidades para aclarar dudas y curiosidad respecto al funcionamiento sexual (mujer embarazada, nacimiento de un niño, noticias o escenas de tv o periódicos). Debiendo reaccionar siempre con comprensión ante las actitudes y manifestaciones sexuales de los niños, sin censura, ni violencia, tratando de entender que están indicando con su conducta.

En la familia se debe promover el diálogo y comunicación, incentivar actividades compartidas e intercambio de ideas y experiencias cotidianas, buscar estrategias de disciplina y normas que no se basen en castigos así como expresar afecto con gestos y actitudes, enseñar que respeto no es sumisión, que pueden decir no a los adultos cuando las propuestas que les hagan no son claras, los disgusten o incluyan guardar secretos y desechar la idea que lo que sucede en casa es asunto privado y no es asunto de nadie más.

Otro aspecto importante es promover un trato igualitario entre los sexos, no hacer diferencias respecto a las tareas que se encomiendan, oportunidades que se brindan, consejos, juegos, etc. Tratar que la relación de pareja sea el modelo de una relación igualitaria, respetuosa, solidaria y cariñosa, revisar las actividades que pueden realizar solos y aquellas que requieren orientación y ayuda, estar atentos a la conducta de sus hijos y buscar ayuda cuando sea necesario, así como promover relaciones armoniosas en la pareja.

Rol de la escuela:

Desde los primeros años se debe educar a los niños/as a cuidarse para que no se hagan daño y no les hagan daño a otros niños. Los docentes y padres deben considerar que un niño informado tiene menos posibilidades de ser abusado y que un niño con seguridad personal, cariño, amor o lazos afectivos estables con un ambiente familiar de confianza podrá salir adelante ante situaciones de peligro.

Los niños/as deben recibir información clara sencilla sobre su cuerpo, su desarrollo sexual de acuerdo a la edad o curiosidad, esto le permitirá tener una actitud positiva de cuidado y de autoprotección sobre su cuerpo y sus actos. Es importante dar mensajes claros y precisos: que su cuerpo es suyo, que debe quererlo y cuidarlo y que nadie, sea conocido o desconocido, puede imponerle acciones que no desea hacer. Enseñarles que las caricias y los abrazos son muy agradables, siempre y cuando estas no les incomoden y si es así deben rechazarlos.

Es importante enseñar a los niños a expresar sus emociones y sentimientos. Esto será posible si confiamos en ellos, los escuchamos y ayudamos a reflexionar sobre sus sentimientos y dudas. Los niños/as deben saber que no deben recibir regalos de personas conocidas o desconocidas que les exijan luego mantener secretos, también los maestros deben conocer y analizar las situaciones en las que los niños pueden desenvolverse por sí mismos sin riesgos y tomar medidas en aquellas donde aún necesiten cuidado. Finalmente la mejor forma de prevenir el abuso sexual es propiciar una buena comunicación entre padres e hijos, maestros y alumnos que permita en forma conjunta tomar las decisiones más adecuadas.

Victimización.

La victimización del niño en el abuso sexual es psicológicamente dañina, socialmente censurable y legalmente sancionable. La incapacidad del niño para evitar o resistirse al abuso sexual aumenta la probabilidad de los abusos, a lo que se suma la inseguridad emocional del niño, su ignorancia acerca del tema, y una relación de confianza entre el niño y el agresor.

La victimización usualmente se realiza de forma gradual existiendo una relación directamente proporcional entre la duración y la extensión del abuso de ahí que la historia natural del abuso sexual a menores se inicie con la protección y el favorecimiento, luego

se pasa a una seducción ligera y después comienza la coerción con el tocamiento sexual pasando posteriormente a la masturbación, la penetración oral, más tarde a la penetración anal hasta llegar a la penetración vaginal.

Finalmente queremos resaltar una tendencia negativa en la que se intenta reducir la culpa al abusador y culpar indirectamente del abuso a la niña o la adolescente, esta tendencia es más marcada en la adolescente que ha sido abusada, pues en ocasiones se invoca que la forma provocativa de vestir o comportarse es la que provoca al abusador, recargando en el abusado la culpa del abuso, esto es inaceptable.

Consecuencias de abuso sexual.

Las consecuencias del abuso sobre el menor son diferentes si el abusador es un familiar, un extraño u otro niño mayor, también es diferente si la relación sexual ha sido violenta o no. Los abusos sexuales intrafamiliares suelen ser más traumáticos, ya que para el niño suponen además sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección, y el apego que esperamos y sentimos con relación a nuestros propios familiares.

Las consecuencias que ocasiona el abuso sexual en un menor están en dependencia de la etapa de la vida en que esta se inicia. Cuando el abuso comienza a temprana edad al llegar a la adolescencia se han de sufrir los efectos acumulativos del abuso prolongado caracterizándose por una pobreza psicológica que se ha de traducir en adolescentes con problemas conductuales serios. La frecuencia y duración del abuso contribuye a menor o mayor afectación física o psíquica, mientras más se prolongue y reitere la experiencia abusiva, más agresivas son las acciones sexuales y mayores daños físicos y emocionales producen. La relación existente entre la víctima y el agresor es otro elemento que contribuye en los efectos negativos que origina la agresión sexual puesto que mientras más cercana sea la relación entre ambos peor ha de ser el pronóstico para el menor. Para una mejor comprensión de las consecuencias que pueden ocasionar el abuso sexual en niños y adolescentes, estas se clasifican en físicas, emocionales y conductuales.

Consecuencias físicas:

El mayor trauma físico se presenta producto de la penetración anal o vaginal y que puede en ocasiones llegar a poner en peligro la vida de la víctima. Otra consecuencia frecuente

está dada por el embarazo no deseado, frecuente cuando el abuso sexual es ejercido en niñas que han llegado a la pubertad. Así mismo las infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH son también consecuencias negativas frecuentes.

Consecuencias emocionales.

No hay niño que posea una preparación psicológica para hacerle frente al estímulo sexual especialmente cuando se hace recurrente. El niño que es víctima de abuso sexual prolongado, usualmente presenta una sintomatología característica, en niños pequeños son frecuentes el miedo, la fobia, la confusión, la inseguridad y la ansiedad, mientras que en niños mayores se han de presentar alteraciones del sueño y del apetito, baja autoestima, depresión y sentimientos de culpa. El niño puede volverse retraído, perder la confianza en todos los adultos y puede llegar a la autoagresión.

Consecuencias conductuales.

Donde se manifiestan con más evidencia los efectos de la agresión es en el rendimiento escolar de los y las infantes y adolescentes. En ocasiones se agrava el comportamiento asumiéndose conductas destructivas y antisociales pudiendo llegar a la delincuencia, la drogadicción y la prostitución. Según Arruabarrena,⁸ las menores víctimas de abuso pueden convertirse en potenciales agresores; suelen manifestar, además, conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva, conductas seductoras, o un exceso de curiosidad por los temas sexuales, existen diferencias en cuanto a edad y género. Si las víctimas son niñas suelen manifestar depresión y ansiedad. En el caso de los niños puede ocurrir, que se manifiesten más agresivos o que se conviertan en abusadores de otros niños. Finkelhor,^{12,13} afirma que existe una mayoría de abusadores menores, del sexo masculino que suelen imitar el abuso que han sufrido previamente.

Los efectos devastadores de la acción abusiva pueden ser atenuados por la presencia de factores protectores como es la disponibilidad de figuras adultas como abuelos, maestros u otros profesionales que le brindan apoyo y su propio grado de resiliencia o capacidad de adaptación y recuperación ante situaciones adversas que le permita llegar a desarrollar una vida saludable.

Finalmente se considera de amplio consenso la conclusión de que no todas las víctimas necesitan terapia, pero todas necesitan ayuda. La víctima puede necesitar una terapia, ***el agresor la necesita siempre.***

Manifestaciones clínicas del abuso sexual

Las manifestaciones clínicas del abuso sexual, tanto las físicas como las psicológicas, conductuales y sociales, estarán íntimamente relacionadas con el tipo de abuso, clásicamente se describen dos tipos de abuso, el episodio único o aislado, casi siempre acompañado de violencia y el episodio repetido o crónico por períodos de meses o años. Las manifestaciones clínicas pueden aparecer inmediatamente es decir a corto plazo o a largo plazo, en el 70 % de los casos aparecen a corto plazo y en el 30% de los casos a largo plazo esto quiere decir que ocurren manifestaciones clínicas o consecuencias que afectan la salud física, sexual, emocional y social en el 100% de los casos.^{6,14,15}

Entre las manifestaciones físicas que aparecen a corto plazo se encuentran:

Lesiones anales o vaginales

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Pérdida de control de esfínteres

Fusión de labios menores

Embarazo no deseado el cual puede ocurrir en la perimenarquia.

Trastornos del sueño

Trastornos en la alimentación

En la salud mental existen también diversas manifestaciones clínicas a corto plazo, entre las que se encuentran:

Depresión

Ansiedad

Ideas suicidas

Baja autoestima

Culpa y vergüenza con miedo generalizado

Rechazo al propio cuerpo

Hostilidad y agresividad

Desconfianza y rencor hacia los adultos

Reacciones conductuales a corto plazo

Bajo rendimiento académico, hiperactividad, con trastornos de la atención y la concentración

Lesiones autolesivas y destructivas

Fugas del hogar y consumo de sustancias

Impacto Social a corto plazo: Dificultades para desarrollar habilidades sociales, retraimiento social así como conductas anti sociales.

Impacto sexual a corto plazo: Aparece excesiva curiosidad sexual, masturbación compulsiva, así como condiciones exhibicionistas y problemas de identidad sexual.

Como nos habíamos referido anteriormente existen consecuencias a largo plazo en el 30 % de los casos.

Consecuencias a largo plazo.

Entre las manifestaciones físicas a largo plazo se encuentran:

Dolores crónicos, trastornos de somatización, problemas gastrointestinales y problemas en la alimentación.

Entre los problemas sociales a largo plazo, encontramos:

Aislamiento social, y dificultades en las relaciones interpersonales. También existen problemas conductuales como son el intento de suicidio, consumo de drogas y también un trastorno disociativo de identidad. En la esfera sexual existirán creencias de ser valorado solamente por el sexo, falta de satisfacción sexual y trastornos en esta actividad que como se ha mencionado repercutirá de forma negativa en la vida sexual de estas niñas abusadas o violadas en su infancia. En el SNC se producen también consecuencias a largo plazo, debido al incremento del cortisol y el descenso de la serotonina por el estrés mantenido se produce disminución del cuerpo calloso, hipocampo y amígdala con Hiperactivación de esta última, afectación de la memoria y la concentración con un aumento de la respuesta acústica a los ruidos y sobresaltos.

Evaluación clínica y exámenes paraclínicos.

¿Que saber y qué hacer ante la sospecha de abuso sexual?

Existen diversos cambios de comportamientos que pueden hacernos sospechar el abuso en las niñas, la MsC. Ana María Cano López, en su libro sobre “Abuso sexual de niñas, niños y adolescentes. Algunas herramientas para su prevención” comenta las siguientes.

16

- Resistencia a visitar ciertos lugares o quedarse con determinadas personas
- Trastornos del sueño (pesadillas, miedo, a dormir solos/las, miedo a la oscuridad, necesidad de tener la luz encendida, dificultades para conciliar el sueño.)

- Comienzan a orinarse de nuevo en la cama
- Padecen trastornos de la alimentación
- Asumen comportamientos asociados a etapas anteriores ya superadas.
- Rechazo de las figuras parentales de forma repentina
- Desarrollo de comportamientos auto destructivos
- Bajo rendimiento escolar
- Tendencia al aislamiento
- Cambios bruscos de estado de ánimo
- Aseo exagerado de su cuerpo o resistencia a hacerlo
- Representación de actos sexuales en sus dibujos y juegos
- Intento de que otros niños lleven a cabo actos sexuales.
- Terror irracional a los exámenes físicos.
- Presentar lesiones en los genitales, y dar respuestas falsas respecto a estas.

El interrogatorio realizado por el médico debe ser profundo y exhaustivo igual que el examen físico (sin afectar más al menor) que estará encaminado a detectar el posible abuso o violación. Este se descubre con frecuencia cuando el niño lo revela a los padres o amigos, la confesión es generalmente accidental y el motivo de consulta es indirecto o inespecífico.

¿Qué hacer? ¹⁷⁻¹⁹

Descubrir que un menor ha sido abusado es una tarea angustiosa y difícil, sin embargo, la primera reacción de manera positiva y adecuada es muy importante para la víctima, ya que en la mayoría de los casos no cuentan lo sucedido a nadie por el temor de no ser creídos.

En estos casos recomendamos:

Crear al menor que quiera contarnos una situación de este tipo

Estimularlos a que cuenten toda la verdad acerca de lo ocurrido

Brindarles apoyo

Escuchar con atención y agradecer su confianza

Aclararles que la acción del agresor es incorrecta

Explicarles que el agresor, cometió un abuso que debe ser castigado por la ley pero, al mismo tiempo darle seguridad a la niña o niño.

Evitar hacer responsables a la niña o al niño del abuso, aclararles que no tienen la culpa de lo ocurrido.

Nunca indagar haciendo preguntas inadecuadas o incitando a que cuente lo ocurrido otra vez.

Explicarle que no está sola/solo. Que la ley protege a los niños y niñas y castiga al agresor.

Demostrar serenidad. Evitar manifestar su horror, gritar, amenazar o hacer del problema una tragedia y procurar no difundir la situación entre familiares o amistades. Cuidar la intimidad del niño, respetar sus sentimientos, y secretos.

Solicitar ayuda especializada para poder tratar el problema. Aquí es donde interviene el médico *el cual debe: documentar lo sucedido, la amplitud y exploración* dependen de una buena historia clínica, se recomienda no decidir en ese momento si ocurrió o no una violación, precisar bien el estado psicológico y emocional del niño y tener el criterio de medicina legal, así como brindar al paciente ayuda médica y psicológica creando un equipo multidisciplinario para proteger al abusado y no al abusador y sugerir siempre la denuncia del hecho. Sea por parte de los familiares o a través del veredicto médico forense. Este equipo multidisciplinario quedará integrado por médicos pediatras, ginecólogos forenses, Psiquiatras, psicólogos, legistas., trabajadores sociales y todo el que pueda aportar beneficios al menor en su salud física, sexual social y emocional.

Manejo de la menor en consulta

Durante el interrogatorio y la exploración sistemática de niñas y adolescentes, las preguntas del médico deben estar encaminadas a revelar la posibilidad del abuso sexual.

Dentro de los elementos de sospecha se deberán considerar:

Indicadores de comportamiento.

- Confusión, tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, impotencia, culpa, autorreproche y vergüenza.
- Estigmatización, dificultad tanto en las relaciones de apego como déficit en las habilidades sociales.
- Aislamiento social, desconfianza hacia todos, o a veces hacia personas del sexo del agresor.
- Baja auto-estima, impulsividad

- Trastornos del sueño o de la alimentación.
- Miedo, problemas escolares.
- Fugas del hogar
- Reacción anormal cuando se le pregunta si alguien la ha tocado.
- Dibujos que muestran actos sexuales, impropios para su edad.
- Cambios de comportamiento repentinos
- Depresión.
- Estreñimiento o el negarse a defecar
- Conductas autodestructivas (suicidas)

Indicadores de la esfera sexual.

- Conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva.
- Conductas seductoras, o un exceso de curiosidad por los temas sexuales.
- Actos y palabras sexuales compartidas con otros niños o animales.
- Preguntas sobre la actividad sexual que no son apropiadas para su edad

Indicadores físicos de abuso sexual.

- Dolores, golpes, en las zonas genital o anal.
- Ropa sucia, estrujada o manchada.
- Dificultad en la marcha o dolor al sentarse.
- Enuresis o Encopresis
- Vulva hinchada o enrojecida

La finalidad de la valoración en consulta es documentar lo sucedido, obtener evidencia médico legal y brindar a la paciente atención médica y psicológica. El médico “no debe decidir” si existió o no violación o si existen evidencias para un veredicto. El momento y amplitud de la exploración estarán en dependencia de la historia clínica.

Si hay hemorragia o el episodio ocurrió en tiempo igual o menor a 72 horas se deberá examinar de inmediato, también se evaluará con inmediatez si refiere disuria, dolor o síntomas de vaginitis.

En todos los casos se hará un minucioso examen de la región anogenital, se descartará siempre una posible infección de transmisión sexual y se detectará la presencia o no de semen, teniendo en consideración siempre el estado psicológico y emocional de la paciente.

Nosotros recomendamos utilizar la Clasificación de Muram²⁰ para evaluar las características de la región anogenital, la misma describe 4 categorías.

Categoría I. - Genitales de aspecto normal.

Categoría II.- Presencia de datos inespecíficos como serían anormalidades o trastornos que pudiesen ser consecuencia de abuso sexual, pero que pueden aparecer a su vez en niñas no abusadas, como serían la presencia de eritema, secreción purulenta, fisuras, adherencias o fusión de labios menores, e incremento de la vascularización.

Categoría III.- Aquí ya van a aparecer elementos más específicos del abuso sexual, por lo que la presencia de una o más de estas anormalidades resultaría altamente sugerente de abuso, dentro de estas se destacan.

Evidencias de ITS

Orificio himenal mayor de 1 cm de diámetro

Lesiones y cicatrices recientes

Procto episiotomía

Muecas sugestivas de mordeduras

Categoría IV: Presencia de datos específicos y/o patognomónicos de abuso, como lo es la “Evidencia de presencia de Semen”.

Al respecto resulta importante dejar bien aclarado que:

1.- La ausencia de semen no resulta evidencia a favor de que no hubo abuso sexual. Es ampliamente conocido que hasta en un 50% de pacientes víctimas de violación no es encontrado semen en su examen.

2.- Es importante pesquisar y descartar en todos los casos la presencia de una ITS pues:

.- Entre el 29 al 43% de los abusos reportados se detectan evidencias de al menos una ITS en la valoración inicial.

.- Entre el 2,4 y 12 % de las víctimas de AbusoSexual se les detecta Neiseria Gonorrhoeae en la consulta inicial.

.- El riesgo de adquirir Gonorrea en menores víctimas de abuso sexual oscila entre un 6 a 12 %.

.- Episodios de abuso sexual en la niñez se asocian a riesgo incrementado de infección por PVH y alteraciones citológicas en la adolescencia y juventud

Tratamiento

El tratamiento estará encaminado a las secuelas o manifestaciones clínicas de la paciente que como referimos anteriormente habrá un 100% de secuelas a corto y largo plazo, siempre se deberán descartar en primer lugar las ITS, y en ocasiones un embarazo (por tratarse de niñas), por lo que recomendamos seguir siempre las siguientes pautas.

21

- Trabajar en equipo multidisciplinario, es vital la presencia del psicólogo.
- Tratar siempre de reparar las lesiones traumáticas, esto tiene un rol muy importante en los abusos recientes.
- Si ha existido abuso o violación reciente evaluar siempre el uso de tratamiento antibiótico profiláctico.
- En abuso o violación de 72 horas o menos considerar siempre el uso de la Anticoncepción de emergencia.

Con independencia a estas recomendaciones generales, hay que considerar aquellos casos con lesiones importantes como laceración de segundo o tercer grado, fístula recto vaginal y sangrado activo, donde es vital la atención por el equipo quirúrgico. Simultáneamente se debe trabajar y atender el daño psicológico social o sexual de la víctima a corto y/o largo plazo sin afectar más su salud integral.

Tener claro que el tratamiento debe ser personalizado para cada víctima del abuso. Deberán ser vacunadas con la vacuna anti tetánica, siempre verificar si están inmunizadas contra la hepatitis B, de no ser así iniciar esquema de vacunación. Si se sabe que el agresor es portador de hepatitis B o se detecta la infección en el paciente y no está vacunado debe recibir gammaglobulina específica (IgHB) dos dosis: 0,06 ml/kg, con un mes de intervalo entre cada una. Por su importancia dedicaremos un espacio individual a la prevención de las ITS.

Prevención de las ITS.

Dada la alta relación, sobre todo en la niñez, la Academia Americana de Pediatría y su Comité para la detección del abuso sexual a menores ha propuesto la tabla que presentamos a continuación donde se interrelaciona la presencia de ciertas ITS con el diagnóstico del abuso sexual.

Interrelación ITS y Abuso Sexual

ITS Confirmada	Abuso Sexual	Acción Indicada
----------------	--------------	-----------------

Gonorrea(a)	Seguro	Reportar(b)
Sífilis (a)	Seguro	Reportar
Chlamydia Trac.(a)	Probable (c)	Reportar
Condiloma Acum (a)	Probable	Reportar
Trichomonas Vag.	Probable	Reportar
VHS tipo 1 (genital)	Posible	Reportar (d)
VHS tipo 2	Probable	Reportar
Vaginosis Bacteriana	Incierto	Seguimiento médico
Ec. candida albicans	Poco Probable	Seguimiento médico

Gonorrea Ceftriaxona menores de 12 años 20 a 80 mg x kg EV dosis única

Sífilis Penicilina Benzatínica 50000 u/kg, dosis máxima 2400000 unidades

Chlamydias Azitromicina 20 mg x kg vía oral dosis única no pasar de 1g

Trichomonas y vaginosis bacterianas Metronidazol 15 mg x kg x dosis cada 8 horas por 7 días dosis máxima 2g

VIH Zidovudina (**AZT**) 240 mg/sc cada 12 horas por 30 días

Triple esquema Lamivudina 4 mg x kg x dosis cada 12 horas durante 30 días

Lopinavir/ritonavir niños de 15 a 40 kg: 10 mg x kg de lopinavir y

2,5 mg/kg de ritonavir cada 12 horas. La dosis máxima en un niño con un peso mayor de 40 kg es: 400 mg de lopinavir y 100mg de ritonavir c/12h

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Organización Mundial de la Salud. OMS (2016): Informe de septiembre de 2016. Documento disponible en línea: who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/.

2-Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF (2014): Ocultos a plena Luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Disponible en línea: unicef.org/ecuador/ocultos_a_plena_luz.pdf.

3- Barack Obama, Washington DC, 2013. Declaraciones sobre el Informe Sobre Violaciones en Universidades, Fuerza de Tarea creada al respecto por la Casa Blanca

- 4-Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF (2016): “Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos”.[https://www.unicef.org/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_\(1\)](https://www.unicef.org/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_(1))
- 5-<https://www.paho.org?id=3341:20...>
- 6-Adima. (1993). Guía de atención al maltrato infantil en Andalucía. Sevilla:
- 7-Losada, AV.Epidemiología del abuso sexual infantil .Revista de psicología GEPU, 2012,3(1) 201-229
- 8 -Arruabarrena, M^a.I. (1996). Evaluación y tratamiento familiar,1996. J.de Paúl y M^a. I.
- 9 Arruabarrena (Eds.),Manual de protección infantil (pp. 312-324). Barcelona: MASSON.
- 10 Machado Rodríguez H. Maltrato y abuso sexual en Niñas y Adolescentes, en Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia, de Peláez J. y cols, Capítulo 12, Coedición Editorial Científico Técnica – UNFPA, La Habana, 2007.
- 11 Sabina Deza Villanueva. Factores protectores a fortalecer en los niños frente al abuso sexual. Liberabit 2005 ,vol 11,n11 pp 19 -24 (**versão impressa ISSN 1729-4827** **versão On-line ISSN 2233-7666**)
- 12 Finkelhor, D. (2000). En E. Ullmann y H. Werner, Infancia y trauma: separación, abuso, guerra. Madrid: Editorial Brand
- 13 Finkelhor D. y Browne, W. (1985). Sexually victimized children. Nueva York: Free Press.
- 14-Cantón, J. Y Cortés, M. (2000). Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil. Ed. Pirámide, Madrid
- 15-Cantón, J. y Cortés, M. (1999). Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil. Causas, Consecuencias e Intervención. Editora Siglo XXI. Madrid
- 16-Cano López AM. Abuso sexual de niños, niñas y adolescentes. Algunas herramientas para su prevención. Editora CENESEX, La Habana, 2015.
- 17-Emans SJ. Abuso Sexual. En: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP, editores. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Capítulo 20. 4ta ed. México DF: McGaw-Hill Interamericana; 2000.
- 18-Fondo de Población de las Naciones Unidas. Violencia por motivos de género. Un precio demasiado alto. Capítulo 4. En: Estado de la Población Mundial. UNFPA; 2005.

- 19-Peláez Jorge. Abuso sexual en niñas y adolescentes. Experiencias de 10 Años. Rev Cubana Obstet Ginecol v.35 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009
- 20-Muram D. Child sexual abuse. Genital findings in prepuberal girls. Am J Obstet Gynecol. 1989;160: 328-33
- 21-Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics. 2005; 116(2):506.
Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics. 2005; 116(2):506.
- 22-American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse. Pediatrics 1991.87:254.
- 23-García-Piña C, Loredó-Abdala A, Trejo Hernández J, Casas Muñoz A. Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica. Acta Pediátr Mex. 2013; 34:288-294.
- 24-Cerezo M^a A. y Peré Vera: Antecedentes de maltrato infantil en la conducta antisocial y delictiva auto informada. Un estudio con menores infractores. En Bienestar y Protección Infantil Volumen III. Número 2. Julio/diciembre 2004.

Recibido 23 de noviembre 2019 **Aceptado** 21 de marzo de 2020.

Laura E. Alvaré Alvaré Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, calle 216, esq.11B, Siboney, Playa. La Habana. Cuba
Correo electrónico revinmedquir@infomed.sld.cu