

II. Identificación del abuso sexual en pediatría

Juan Manuel Saucedo-García*

Resumen

Identificación del abuso sexual en Pediatría.

El abuso sexual ocurre cuando un adulto o persona de autoridad emplea a un menor de edad con objeto de obtener gratificación sexual. En la mayor parte de los casos los agresores son adultos varones. La mayoría de las agresiones sexuales ocurren en el hogar de la víctima el agresor. En México, casi la mitad de las víctimas de violación son adolescentes, predominan las de sexo femenino. La evaluación de posibles agresiones sexuales en niños pequeños suele ser difícil. En este trabajo se discuten los datos epidemiológicos sobre las agresiones sexuales en la edad pediátrica. También se revisan las dos situaciones donde está indicado realizar investigaciones clínicas: cuando la agresión sexual a ocurrido recientemente y cuando el incidente sucedió mucho tiempo antes de que la víctima fuera traída al médico.

Las agresiones sexuales son un hecho frecuente en la vida de muchos niños y mujeres, y sus repercusiones físicas y psicológicas son significativas. Es necesario que el médico se acostumbre a investigar la existencia de este fenómeno en la práctica clínica habitual.

Palabras clave: *abuso sexual en la niñez, violación, adolescentes agresores sexuales*

Summary

Identification of sexual abuse in pediatric practice.

Sexual abuse is the use of a child by an adult or a person of authority for sexual gratification. The vast majority of abusers are men. Most cases of sexually abused children occur at the home of one the victim or the aggressor. In Mexico, almost half of rape victims are adolescents, most of them female. It is difficult to evaluate sexual abuse in small children. The purpose of this paper is to discuss epidemiological data about sex abuse in children. Sequential steps for the assessment of a child suspect of sexual abuse are reviewed: when the episode of abuse has occurred recently or when the child is brought to the attention of the physician long time after the abuse has occurred.

Sexual abuse is a common situation in the lives of many children and women, and it produce significant consequences in physical and psychological terms. Physicians should be alert to this phenomenon and investigate it as a routine procedure in their clinical practice.

Key words: *child sexual abuse, rape, juvenile sexual offenders*

* Departamento de Salud Mental. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Juan Manuel Saucedo García Departamento de Salud Mental. Hospital de Pediatría, C.M.N. S XXI IMSS, Av. Cuauhtémoc 330, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D.F. Tel. 5627-69-38.

Las agresiones sexuales a los menores de edad constituyen un fenómeno identificado cada vez más frecuente, aunque su verdadera incidencia no es del todo conocida debido al subregistro de casos. En la edad pediátrica se acepta que ocurre una agresión sexual cuando existe el empleo de un menor de edad, por un adulto o persona de autoridad, con el objeto de obtener gratificación sexual.¹ También puede ocurrir abuso sexual entre dos menores si uno de ellos es significativamente mayor o utiliza la coerción para abusar del otro.² Las agresiones sexuales para fines legales pueden quedar tipificadas como abuso sexual, estupro o violación. El abuso sexual ocurre cuando, sin el consentimiento de la víctima y sin el propósito de llegar a la cópula, el agresor ejecuta en ella un acto sexual o la obliga a ejecutarlo, con el empleo de la violencia física o sin ella. Ejemplos son el exhibicionismo, la manipulación de genitales o mamas, caricias o besos sexuales, estimulación oral-genital, etc. En el estupro se llega a la cópula con una víctima mayor de 12 años y menor de 18, obteniendo el consentimiento por medio del engaño.

En la violación ocurre la cópula por medio de la violencia física o moral con persona de cualquier sexo.³

El perpetrador y la víctima pueden ser del mismo sexo o del sexo contrario. En la mayoría de los casos los agresores sexuales son adultos varones que pueden pertenecer a cualquier clase social, religión, país o cultura; algunos son casados y no hacen distinciones entre sus propios hijos y los ajenos. La mayoría de los abusos sexuales ocurren en el hogar de la víctima o del ofensor.

En la ciudad de México casi la mitad de las víctimas de violación son adolescentes, la mayoría del sexo femenino. Del total de víctimas de agresiones sexuales, solo una de cada 10 pertenece al sexo masculino. El padre o padrastro son los agresores más frecuentes y le siguen en orden de frecuencia los parientes más cercanos, educadores, cuidadores, amigos de la familia, conocidos y en último término, los desconocidos. Por lo general, el abusador utiliza la ventaja que le da su posición de autoridad o poder, más que la violencia física, para involucrar al menor.^{4,5}

En lo que se refiere a los niños pequeños, hay dificultades para evaluar los problemas de las agresiones sexuales, desde la investigación dirigida a determinar si efectivamente ocurrió una agresión

(las lesiones muchas veces desaparecen antes de que la familia se decida a denunciar el hecho), la motivación que impulsa al denunciante, el impacto emocional sobre la víctima hasta su familia y las implicaciones legales del caso. De ahí que sea necesario revisar las diversas facetas del proceso de identificación de este fenómeno.

Datos epidemiológicos

Al revisar las cifras sobre delitos sexuales proporcionadas por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal resaltan los siguientes hechos: sólo en uno de cada 5 casos denunciados se presenta ante la autoridad el presunto responsable, lo cual habla de la elevada impunidad que disfrutaban los agresores. El delito más denunciado es la violación con una incidencia de 4.6 denuncias diaria en el D.F. Dos terceras partes de los delitos sexuales son ejecutados por familiares o conocidos de la víctima. En el Distrito Federal, 67% de los delitos sexuales se cometen en escuelas, mientras que en poco menos de la tercera parte de los casos los agresores son familiares. De los agresores familiares, en dos de cada cinco denuncias se acusa al padre o padrastro ante la Agencia del Ministerio Público. Del total de los casos, 1 de cada 10 agresores es el padre o padrastro. En una cuarta parte de las agresiones, el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol y/o alguna droga.⁶

Según datos proporcionados por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y las Agencias del Ministerio Público, durante el primer semestre de 1997 en el área metropolitana fueron denunciados 2138 delitos sexuales, de los cuales más de la mitad tuvieron como víctimas a menores de edad, pues hubo 1279 casos donde las víctimas correspondían a los niveles de preescolar, primaria y secundaria. Por lo que respecta a la violación, fueron denunciados 665 casos, por lo que se observó un aumento del 50% en las denuncias al compararlas con las 441 realizadas en el mismo periodo de 1996. Se calcula que sólo uno de cada 10 casos es denunciado, lo cual habla de la magnitud tan grande de la llamada cifra negra. También se encontró que en 79% de los casos de agresiones a niñas de la calle los agresores fueron policías. Se calcula que 1 de cada 10 mujeres violadas queda embarazada.⁷

Es conveniente llamar la atención sobre dos tipos especiales de abuso sexual al menor: el que ocurre dentro de la familia y el que sucede fuera de ésta, pero donde el agresor es otro menor de edad.

Abuso sexual intrafamiliar

El abuso intrafamiliar más común es el que se produce entre el padre o padrastro y la hija. Según Sgoir,⁸ este incesto presenta un patrón típico e incluye cinco etapas: 1. Fase de seducción, donde el perpetrador induce al niño a una relación especial. 2. Fase de interacción sexual, en la cual las conductas sexuales progresan de formas menos a formas más íntimas de abuso. 3. Fase de relación secreta. 4. Fase de revelación del secreto, cuando el abuso es descubierto. 5. Fase de supresión, en la que la familia presiona al niño para que se retracte de sus revelaciones.

Se ha descrito un síndrome de acomodación de la niña al abuso sexual. Este proceso ocurre cuando la niña aprende a estar disponible y no quejarse ante las demandas sexuales del padre. La niña puede encontrar varias formas de acomodarse: manteniendo el secreto para conservar a la familia junta, recurriendo a compañeros imaginarios, y mediante estados alterados de conciencia. Otras pueden llegar a ser agresivas, demandantes e hiperactivas. Este síndrome ayuda al clínico a entender la dinámica del abuso, no a diagnosticarlo, porque no hay un "síndrome del niño víctima de abuso sexual", esto es, un conjunto específico de síntomas de diagnóstico de abuso sexual con secuelas predecibles.⁹

Browne y Finkelhor resumieron los hallazgos de casi 30 estudios específicos que describen los efectos emocionales y conductuales del abuso sexual en el niño.¹⁰ Ellos concluyeron que algunos menores que han sufrido abuso sexual muestran reacciones iniciales de miedo, ansiedad, depresión, enojo, hostilidad y conducta sexual inapropiada. Estas incluyen masturbación abierta, curiosidad sexual excesiva y exhibición frecuente de los genitales.

El incesto entre hermanos no es raro, aunque sí lo es su denuncia. En Estados Unidos se considera que 13% de la población ha tenido relaciones incestuosas con hermanos. Frecuentemente el herma-

no agresor también ha sufrido previamente de abuso sexual. En las familias donde se produce el incesto es común la ausencia física o emocional de los padres, así como una pobre demarcación de fronteras o límites interpersonales. Esta se manifiesta en que los padres mantiene relaciones sexuales sin evitar ser observados por sus hijos, abusando sexualmente de estos o siendo excesivamente seductores con uno de ellos. También es posible la relación incestuosa entre el niño y algún otro familiar de mayor edad como primos, tíos y abuelos, sobre todo en situaciones de pobreza y hacinamiento. Ante el caso de una adolescente embarazada, cuando no se sabe quién es el padre del niño es recomendable considerar la posibilidad de que se trate de un incesto.

Abuso sexual entre menores de edad

Con menor frecuencia ocurren casos de abuso sexual donde el perpetrador es un adolescente mayor que la víctima. Entonces cabe distinguir tres tipos de agresores adolescentes.^{11,12} En el primero se encuentran los que no presentan síntomas psicopatológicos suficientes para alcanzar un diagnóstico psiquiátrico. Su conducta abusiva, que generalmente no incluye la violencia física, puede ser la expresión exagerada de los intereses sexuales que aumenta en la adolescencia; su tratamiento puede limitarse a una orientación psicológica breve. El segundo tipo es el de quienes presentan problemas emocionales serios y requieren de un tratamiento psicológico prolongado. Por último, se encuentran quienes sufren trastornos de conducta y requieren de controles externos más firmes de parte de su familia o de instituciones de reclusión hospitalaria o carcelaria, además de tratamiento psicológico. Estos últimos suelen pertenecer a familias más disfuncionales.

Identificación de abuso sexual

Ante la elevada incidencia de las agresiones sexuales en la edad pediátrica es necesario que los médicos, y no sólo los clínicos de la salud mental, tomen un papel activo en la identificación de estos problemas.

Hay dos circunstancias comunes donde está indicado realizar investigaciones relacionadas con este fenómeno: cuando existe una situación aguda donde presuntamente ocurrió una agresión sexual, y cuando la agresión sucedió mucho tiempo antes de que el paciente fuera traído ante el clínico por otras razones ajenas a la agresión.

Ante un caso de presunta agresión sexual reciente son tres las preguntas a responder en la evaluación: 1. ¿Realmente ocurrió el abuso sexual? 2. ¿Necesita protección el menor? 3. ¿Necesita tratamiento médico o psicológico?.

La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente ha emitido una guía para la evaluación del abuso que consta de los siguientes incisos:

1. Elección del clínico. Las personas que hagan las evaluaciones deben ser profesionales con habilidades especiales y experiencia en casos de abuso sexual al menor.
2. Número de entrevistas. El niño debe ser entrevistado el número de veces mínimo necesario y por el menor número de personas.
3. Lugar de la entrevista. La entrevista debe tener lugar en un sitio tranquilo, de preferencia no en la sala de urgencias ni en una delegación de policía o en la escuela.
4. Obtención de la historia. Los datos pertinentes para la historia clínica deben incluir el desarrollo del niño, su nivel cognoscitivo, historia de abusos o traumas previos, antecedentes médicos, cambios conductuales, antecedentes en los progenitores de abuso sexual en su niñez, y actitudes de la familia relativas al pudor y la sexualidad. Antecedentes psiquiátricos en el niño y sus padres también son relevantes, así como la impresión del clínico sobre la credibilidad del niño.
5. Entrevista con ambos progenitores, cada uno por separado.
6. Considerar acusaciones falsas. Esta situación puede presentarse cuando hay desacuerdo entre los progenitores en casos de custodia del menor por separación o divorcio. Es conveniente observar al niño junto a cada uno de sus padres por separado.
7. Evitar sesgos y actitudes coercitivas. El clínico debe mantener una actitud de neutralidad emocional, acercarse al caso con la mente abierta, no asumir una posición de juez y evitar frasear

las preguntas en forma tal que sugiera las respuestas.

8. Valorar la credibilidad del menor. Tomar en consideración la espontaneidad y el grado de ansiedad del investigado, la consistencia de los alegatos en diferentes tiempos, los cambios conductuales consistentes con el abuso y las evidencias corroborables. Considerar el grado de desarrollo cognoscitivo y emocional del niño.
9. Empleo de dibujos y muñecos anatómicos.
10. Pruebas psicológicas. Recordar que las pruebas psicológicas son coadyuvantes en la evaluación, no hacen el diagnóstico. Está más indicado aplicarlas en la víctima cuando hay dudas respecto a su capacidad intelectual o posibles trastornos del pensamiento.
11. Videograbación de la entrevista, de ser posible.
12. Evaluación y tratamiento médico de las lesiones físicas e infecciones.
13. Denunciar el caso a las autoridades correspondientes.
14. Formular recomendaciones. Opinar si efectivamente ocurrió la agresión sexual y hacer sugerencias en términos de la custodia del niño y el tratamiento psicológico a la víctima y sus familiares.

Cabe mencionar que la mayor parte de las víctimas de abuso sexual lo han sufrido en repetidas ocasiones, a veces en el transcurso de los años.

Existe por lo menos tres circunstancias diferentes donde no hay evidencias claras ni directas de que ha ocurrido un episodio de abuso sexual, pero donde está indicado que el médico realice algún tipo de investigación para descartar o confirmar este hecho ocurrido posiblemente mucho tiempo atrás.⁷

1. Cuando el menor presenta un síntoma que podría estar directamente relacionado con la posibilidad de abuso sexual, pero donde el paciente es llevado a consulta por manifestar signos tales como flujo vaginal, lesiones genitales, etc.

Pedrito, lactante de 14 meses de edad fue enviado al hospital debido a la presencia de desgarreros perianales asociados a estreñimiento crónico. El niño era hijo único de una pareja joven de nivel socioeconómico bajo (madre 22 años, padre de 19) que vivía en un medio rural cercano a la ciudad

de Puebla. Los padres aseguraban que el niño siempre había sufrido estreñimiento y que en ocasiones arrojaba coprolitos al defecar. Según ellos, el desgarramiento de la hospitalización había ocurrido después de expulsar con mucho dolor un coprolito de gran tamaño. Los pediatras opinaron que no era posible que tales lesiones hubieran sido producidas por el mecanismo invocado. Los desgarramientos tuvieron que ser corregidos quirúrgicamente. La investigación psicosocial reveló que los progenitores tenían conflictos conyugales debido a los celos injustificados del esposo. Ellos vivían en un terreno donde también habitaban los padres y hermanos menores del esposo. Padre y madre se indignaron ante la sospecha de abuso sexual y negaron rotundamente cualquier posibilidad que los involucrara a ellos o a otros familiares o vecinos. Sin que se hubiera comprobado del todo que el pequeño había sido violado, el equipo de salud decidió que estaba justificado proteger al niño separándolo de sus padres y dando su custodia temporal a la abuela materna, quien vivía en otra población. Se mantendría libre el acceso a los progenitores para visitarlo, y se vigilaría la evolución del caso en la consulta externa. La madre aceptó el arreglo, pero optó por abandonar a su esposo e ir a vivir con su propia madre y el niño. La evolución del pequeño en los meses siguientes fue favorable.

Este caso ejemplifica algunas de las dificultades que pueden encontrarse para llegar a un diagnóstico de certeza y cómo, ante la duda razonable, es preferible optar por proteger al pequeño siguiendo los pasos acostumbrados en casos de maltrato físico. Aquí se asignó a la abuela la custodia del niño pues ella pareció la persona más adecuada para atenderlo. El caso dejó dudas en quienes lo estudiaron, la impresión dominante en ellos fue que el niño había sido violado aunque no existía una confirmación definitiva y tampoco se había identificado al posible agresor.

2. Cuando el menor sufre de un síntoma que no está directamente relacionado con el posible abuso sexual, como se observa en casos de dolor abdominal inexplicable, encopresis o problemas de conducta.

Adrián, de 3 años de edad, se resistía a quedarse en la guardería a pesar de que semanas antes lo hacía gustoso. También se mostraba hosco y

menos comunicativo en casa, sobre todo ante la presencia de extraños. La madre, quien era divorciada y vivía en casa de sus padres, decidió cambiarlo a un jardín de niños donde su adaptación fue lenta y difícil. Por esa época la madre se enteró por la prensa de que en la guardería el propietario y otros empleados habían abusado sexualmente de varios pequeños. Llevó a Adrián al pediatra quien encontró signos de que el niño había sido penetrado. Entonces la madre comprendió por qué el niño se resistía a que le lavaran el trasero y los genitales cuando lo bañaban. El niño recibió sesiones de psicoterapia de juego con lo cual disminuyeron su agresividad y aislamiento.

Este caso pone en evidencia que los cambios de conducta y de ánimo, así como la resistencia a ser tocado en el periné, son sugestivos de abuso sexual en los preescolares. También es un ejemplo de los llamados "anillos de abuso sexual" que ocurren cuando varios menores son sujetos a este tipo de maltrato en situaciones de grupo, como puede suceder en escuelas, guarderías, clubes deportivos y hasta en agrupaciones religiosas.

3. Cuando el menor no manifiesta ningún síntoma, pero un hallazgo incidental a la exploración física hecha por motivos médicos no relacionados con abuso sexual así lo sugiere.

María de 14 años de edad y con una leucemia linfocítica en remisión, fue sometida a revisión ginecológica en su última hospitalización. El pediatra encontró que el himen estaba roto lo cual lo hizo sospechar que la niña había tenido relaciones sexuales. Al interrogarla directamente, María confirmó que su padrastro había abusado de ella y que no se la había informado a su madre porque ésta no le creía cuando le hablaba del hostigamiento sexual del padrastro.

A estas tres posibilidades podría añadirse una cuarta: cuando no hay síntomas sugestivos de abuso, pero el clínico llega a saber que éste ha ocurrido por la revelación extemporánea del propio paciente o de otro miembro de la familia, sin que esto sea el motivo por el que el menor es traído a la consulta.

Alejandra, de 15 años de edad, ingresó al hospital para el estudio de un tumor localizado en la pared costal que resultó ser un tumor de Schwan. Como es habitual en la evaluación integral a que son sujetos los pacientes crónicos en el Hospital de

Pediatría, la paciente fue entrevistada por un clínico del Departamento de Salud Mental quien la interrogó sobre su vida sexual. La chica confesó que durante los últimos tres años había sido objeto de abuso sexual de parte de un tío materno de 45 años de edad. La paciente huérfana de padre y de nivel sociocultural bajo, vivía con su madre y varios hermanos de ésta en un pueblo del altiplano. También confesó que durante dos años había ocultado el crecimiento de su costado porque pensaba que se trataba de un embarazo, lo cual retrasó su diagnóstico y tratamiento.

Por último, vale la pena enfatizar que las agresiones sexuales son un hecho frecuente en la vida de muchos niños y mujeres. Sus repercusiones psicosociales y físicas son de consideración, pues en sólo la minoría de las víctimas salen indemnes de estas agresiones. Necesitamos conocer mejor la magnitud y las consecuencias de este fenómeno a corto y largo plazos. No deja de inquietar que una elevada proporción de las agresiones sexuales a los menores ocurran en el seno de su propia familia, precisamente a manos de quienes deberían ser sus protectores y no sus victimarios. Cabe mencionar también una realidad social sumamente ofensiva como es la existencia de aproximadamente 50 mil niños de la calle en todo el país, y que en el distrito federal existen 5 mil mujeres menores de edad prostituyéndose.¹³ En México muchos niños sufren de explotación sexual comercial (venta de niños, prostitución infantil, utilización de menores en la pornografía) a lo que no son ajenos integrantes de diversos cuerpos policiacos. Las maneras como se abordan estos problemas en nuestro medio son generalmente insatisfactorias, por lo escaso de los recursos para atender a las víctimas y a los victimarios, y la escasez de personal calificado, además del burocratismo de las instituciones encargadas de su atención. Es común observar la tolerancia legal ante situaciones de este tipo, así como la falta real de apoyo a las víctimas. En esta área, como en tantas otras la sociedad civil ha iniciado ya algunas intervenciones

positivas dignas de ser reconocidas y fomentadas. Otro problema agregado es la disparidad en las leyes de los estados y su falta de concordancia con los ordenamientos internacionales en la materia.

Referencias.

1. **Al-Mateen C, Hemsley E.** Children and abuse. In: Parmelee DX Editor. Child and Adolescent Psychiatry. St. Louis: Mosby;1996:245-261.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:37S-56S.
3. **Cazorla GG.** Conductas sexuales delictivas: violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, incesto, lenocinio y estrupo In: Consejo Nacional de Población ed. Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Angel Porrúa;1994:Vol.III:277-314.
4. **González G, Azaola E, Duarte MP, Lemus JR.** El maltrato y el abuso sexual a menores; una aproximación a estos dos fenómenos en México. México: UAM Azcapotzalco, UNICEF, COVAC;1993.
5. **Sauceda-García JM.** Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. Biol Méd Hosp Infant Méx 1995;52:451-454.
6. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Informe enero-junio 1996 sobre abuso sexual en la cd. de México. La Jornada, 3 de agosto de 1996, p37.
7. **Scholtyz B.** Cien días de violencia en la prensa capitalina. La Jornada, 3 de noviembre de 1997, S9
8. **Sgroi SM.** Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse. Lexington:Lexington Books;1982.
9. **Summit RC.** The child sex abuse accomodation syndrome. Child Abuse Negl 1983;7:177-193.
10. **Browne A, Finkelhor D.** Impac of child abuse: a review of the research. Psychol Bull 1986;99:66-77.
11. **Stephenson S.** A classification of juvenile delinquents for treatment planning. In: Bergen Editor. Youth and the Law. Vancouver: University of British Columbia;1979:39-44.
12. **Sauceda-García JM.** Agresividad sexual en la adolescencia temprana. En Sauceda ed. La salud mental del niño y el adolescente. VII Monografía de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México: AMPI, 1989,66-77.
13. Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez. Cuarto informe sobre los derechos y la situación de la infancia en México (1994-1997).