



## TALLER 9

### EL MALTRATO SEXUAL EN LA INFANCIA

JOSE RAMON CALVO FERNANDEZ, JOSE CALVO  
ROSALES, M.<sup>a</sup> ELENA CALVO FERNANDEZ, JOSE RAMON  
RODRIGUEZ BORGES  
*Hospital Materno-Infantil.  
Las Palmas.*

#### INTRODUCCION

Cada persona tiene una idea particular del concepto de abuso sexual. Muchos piensan que sólo debe emplearse este término cuando se produce la penetración vaginal, oral o anal. Para otros, por el contrario, y de forma menos restrictiva, se produce abuso sexual en cualquier situación en la que el niño sea manipulado sexualmente.

Antes de abordar este tema deberíamos establecer una definición amplia que contemple la mayoría de sus facetas.

El National Center for Child Abuse and Neglect de EE.UU., lo define como (1):

"Contactos e interacciones entre un adulto y un niño cuando éste es usado para la estimulación sexual del agresor o de otras personas". Esta definición también abarca "Aquellas acciones en las que se involucra a niños y adolescentes en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente y ante las que no están capacitados para dar o negar su consentimiento". También se considera que comete abuso sexual aquella persona menor de 18 años que estando en una posición de fuerza o poder sobre un niño realiza o colabora en la realización de una agresión sexual.

Ha habido en la literatura otra definición que ha gozado de aceptación, que fue formulada por Paul (2):

"Cualquier acto deliberado de indecencia, cometido por un adulto, varón o hembra, contra un niño o niña hecho con la intención de:

- Obtener placer sexual
- Obtener ganancias financieras".

Ambas definiciones expresan claramente el concepto fundamental en el que se basa la persecución legal del delito, el abuso y la explotación que los mismos suponen para la dignidad física y moral del menor.

La Epidemiología del maltrato sexual a menores no se ha modificado sustancialmente en los últimos cincuenta años (3). En efecto, se han publicado estudios comparativos sobre este tema por Kinsey en 1940 y Russell en 1978 en los que se demuestra que el cambio que se ha producido no ha sido en la frecuencia de la agresión sino en la forma de llevarla a cabo.

Este tipo de estudios se han elaborado sobre la premisa del abuso sexual en niñas, pero para tener una perspectiva más amplia del problema debemos referirnos tam-

bién al acoso sexual sufrido por los varones (4). De su epidemiología se conoce poco ya que su frecuencia de aparición es notablemente inferior a la de las niñas (1:4), pero hay algunos datos que pueden resultar interesantes:

1. Se ha comprobado que cierto tipo de niños tienen mayor tendencia a sufrir agresiones, p.e. Enfermos mentales, niños conflictivos o con trastornos de conducta, etc., fenómeno este que al parecer no se da con la misma intensidad en las agresiones a niñas.
2. Los niños tienden, por regla general a sufrir asaltos a más temprana edad que las niñas.
3. Suele haber relación de proximidad familiar en un porcentaje mayor y la edad del agresor suele estar relacionada con el acoso. No podemos olvidar que un 89% de las agresiones que se producen a menores de 7 años lo son en el ámbito familiar o perifamiliar (guarderías, baby-sitters, etc.) (1, 2).

### CAUSAS DE RIESGO

Varían con la edad del agredido y con las circunstancias en que ocurre la agresión pero hay numerosos estudios que demuestran la similitud de situaciones, que de ser conocidas por los niños en edad de comprenderlas, los educadores y los padres, podrían paliar este problema (1, 2, 3, 4).

De acuerdo con algunas estadísticas (5) de un 7-9% de las adolescentes sufren una agresión sexual de algún tipo cada año. Por otra parte, en niños menores se estima la frecuencia de abuso en un 25-30% de niñas y un 10% de niños o lo que es lo mismo 1 de cada 4 niñas y 1 de cada 10 niños.

Un estudio realizado en la Universidad de Seattle (5), demostró que el 53% de los asaltos ocurren en un período de 6 horas, entre las 10 p.m. y las 4 a.m.

Igualmente se comprobó que el 46% de las chicas jóvenes refirieron haber aceptado subir al coche de un extraño o al apartamento de una persona a la que habían conocido menos de 24 horas antes. En un alto número de casos estas chicas vieron modificada su facultad volitiva por el uso del alcohol y/o drogas.

En todos estos datos hay un hecho que debe ser analizado, como es el referido a las chicas preadolescentes y adolescentes. Debido al carácter contestatario propio de esa edad, es muy difícil convencer a una joven que determinadas situaciones entrañan determinados riesgos, que pueden ser fácilmente evitados si uno tiene conocimiento de ellos y de sus consecuencias, y por tanto debemos hacer lo posible para estimular el sentido común de las víctimas potenciales haciendo que comprendan el riesgo que corren con ese tipo de conductas (6).

En tanto en cuanto, los efectos psicológicos del asalto sexual son tan perceptibles, es muy importante examinar estrategias que disminuyan los peligros que suponen determinadas conductas y hacer valorar, como ya señalamos, a los chicos y chicas que estén en edad de entenderlo, cuáles son los factores de riesgo a los que se enfrentan y contra los que deben luchar.

No debemos olvidar que el resultado de la violencia sexual es una jovencita o muchacho aterrorizados, vulnerables y con un descontrol absoluto de su cuerpo y del medio ambiente al tiempo que se producen situaciones de disminución de la autoestima y, lamentablemente, rechazo fa-

miliar que puede llevar, en no pocos casos, al suicidio del afectado.

Por lo que respecta al niño mas pequeño, Finkelhor (7) ha identificado cuatro condiciones que suelen estar presentes cuando se produce un abuso sexual:

1. El agresor está motivado para abusar sexualmente del niño. La situación de abuso es congruente con las "necesidades" emocionales del sujeto que sólo se gratifica a través de la paidofilia
2. Las inhibiciones internas del agresor que podrían moderar su conducta están abolidas debido a múltiples factores tales como alcohol, drogas, deficiencia mental, etc.
3. Las inhibiciones externas también suelen estar abolidas debido a la frecuencia con que el agresor es un personaje familiar al niño.
4. Con relativa frecuencia suele estar disminuida la capacidad de respuesta del niño debido a desatención emocional que le lleva a aceptar cualquier tipo de manifestación de supuesto afecto, incluso si ésta es confusa o dolorosa.

Puede, en determinados casos, tener un concepto erróneo de la sexualidad o no haber asumido correctamente su rol sexual debido a influencias familiares, lo que le permite no tener conciencia del abuso del que es objeto.

El abuso sexual puede adoptar múltiples aspectos en los que no siempre la fuerza física es un factor decisivo (4).

Nadie ha conseguido probar estadísticamente, todavía, que un niño agredido sexualmente se convertirá en el agresor sexual del mañana, pero hay numerosos

trabajos que muestran las consecuencias psicosomáticas y conductales del abuso sexual y que un alto porcentaje de paidofilias tuvieron su origen en agresiones sexuales durante la infancia del sujeto, que tal vez condicionen en cierta manera las "preferencias" sexuales del individuo (3, 4, 5, 6).

Hay que tener en cuenta que múltiples factores psicológicos, incluyendo las experiencias sexuales infantiles, pueden predisponer a un niño abusado para convertirse en adulto abusador, siendo éste un hecho que debería ser objeto de estudios más profundos. Algo que viene a refrendar esta cuestión es un hecho recientemente citado en la literatura (8) cual es la existencia de pandillas sexuales de chicos que no sobrepasan los 16 años y que son abusadores sexuales "per se" o en colaboración con adultos a los que facilitan niños de menor edad para satisfacer sus deseos, para ser usados en el lucrativo negocio de la pornografía infantil, que no olvidemos mueve cifras astronómicas, o con el fin de inducir a la prostitución de la que se calcula existen en el mundo 15 millones de menores de quince años ejerciéndola (1). En una reciente reunión celebrada en EE.UU. sobre delincuencia sexual juvenil, los asistentes han llamado la atención sobre el descenso en la edad de los agresores, que se sitúa alrededor de los 12-14 años, lo que representa un 80% de aumento respecto a la pasada década.

## FORMAS DE ABUSO SEXUAL

Según el tipo de relación (1):

- Paidofilia (Generalidad que abarca el delito sexual homo u heterosexual contra un niño).
- Hebofilia (Comercio sexual entre un adulto y un adolescente).

- Incesto (Relación sexual con personas del entorno familiar cercano).

**Según el tipo de abuso (2):**

- Estimulación y/o agresión de mamas, genitales o zona anal con cualquier medio manual, oral o mecánico que sufra el/la abusado(a).
- Estimulación del área perineal del agresor(a) por parte del niño.
- Inducción al niño a estimular, penetrar o pseudopenetrar, al agresor o agresora.
- Tomar o mostrar fotografías o películas de carácter sexual explícito o simulado con el fin de satisfacer al agresor.
- Hacer partícipe u observador al niño en actos sexuales.
- Inducción a la prostitución.

**EVALUACION MEDICO LEGAL DE UN NIÑO VICTIMA DE ABUSO SEXUAL (1, 2, 9, 10, 11, 12, 13).**

Es imprescindible que exista un protocolo de actuación ante un niño víctima de abuso sexual.

Este protocolo, del cual existen múltiples variantes en los distintos países del mundo, adaptados a las realidades jurídicas de cada uno, es absolutamente decisivo a la hora de valorar las circunstancias que concurrieron en la comisión del delito.

Debería basarse en los principios que inspiran la medicina forense:

- Detalle
- Imparcialidad
- Sospecha
- Observación

**Fases del Examen Médico-Legal**

- Historia.

Es en esta fase en la que las diferencias entre la versión del acusado, y la víctima de un ataque sexual salen a la luz.

Deben seguirse determinadas reglas ante la elaboración de la historia clínica ya que el médico es sólo un notario que certifica ante el juez la existencia o no de hechos objetivos, no correspondiéndole, en absoluto, su interpretación.

- Preexamen de la víctima.

Según el país del que se trate, esta fase de la instrucción es realizada por los médicos, forenses o no, el juez instructor o la policía que tramita inicialmente la denuncia.

Hay que elaborar una historia detallada en la que se haga constar

1. Las circunstancias de la agresión y el tipo de ataque sufrido.
2. El número de personas que participaron en la agresión.
3. Características físicas y raciales del sujeto.
4. Uso o no de fuerza u objetos para consumar la agresión.
5. Uso o no de sustancias exógenas (lubricantes, etc.).

Esta relación debe ir acompañada de toma de fotografías de las lesiones, que puedan servir como prueba documental si así es requerido.

- Examen médico.

Debería ser realizado por un pediatra, quien necesitará tener presentes unas reglas, no por elementales menos importantes:

- Paciencia
  - Delicadeza
  - Conocimiento profundo de la anatomía genital.
  - Hacerse entender por el niño con claridad.
- Examen físico.

No puede olvidarse que aun siendo un examen físico general, su finalidad es documentar evidencias de un posible delito así como determinar y atender las posibles agresiones físicas y psíquicas sufridas.

Este examen debe ser "De la cabeza a los pies" y comenzará con la parte menos invasiva, el pelo de la cabeza, buscando evidencias de semen o material extraño, incluyendo en la búsqueda el área perioral y bucal.

El siguiente paso es el examen de la piel, mamas, región perianal y vulvar y cualquier otra zona que pueda haber sufrido agresión de acuerdo con los datos suministrados por la historia.

- Examen ginecológico.

Será el último efectuado y su realización y metodología debe cuidarse extremadamente.

Es imprescindible la toma de muestras de material vaginal y un análisis detallado de la configuración del himen.

Nos detendremos algo más en el estudio de estas cuestiones.

Aunque la evaluación de la vulva de chicas, objeto de abuso sexual mediante uso

del colposcopio u otoscopio pediátrico ha sido muy frecuente (14), no se han reportado hallazgos significativos que permitan afirmar taxativamente, de esta forma, la existencia de abuso (13); se han encontrado indicios que permiten sospecharlo pero aun no habiendo tales indicios, no puede excluirse por este motivo la existencia de la agresión ya que, sólo un 13% de las niñas objeto de abuso presentaron una historia de vulvovaginitis o infección urinaria (13, 14, 15).

Uno de los medios de estudio propuestos para el despistaje del abuso sexual es la medida del diámetro transversal del introito vaginal, que ha sido objeto de recientes investigaciones (10) en las que se ha concluido que el diámetro normal no supera los 3 mm. Una medida superior a 4 mm. es considerada sospechosa de abuso, aunque tampoco en este caso se puede descartar su existencia si las medidas no se corresponden exactamente con las citadas, que, por otra parte, son difíciles de determinar con exactitud.

Por lo que respecta a la configuración del himen hay que tener en cuenta que sus variaciones han sido descritas por numerosos autores (12, 16, 17) y que resulta imprescindible el conocimiento de las mismas para poder realizar una evaluación clínica correcta de su estado. La Tabla I muestra algunas de las más significativas.

Otra de las cuestiones que debe ser valorada es la existencia de adhesión labial (13, 18); aun cuando su aparición no es razón suficiente para reportar un abuso sexual, el médico está obligado a inquirir la posible causa y a valorar en el conjunto de circunstancias su posible relación con la hipotética agresión. Este cuadro ha sido considerado clásicamente como debido a una higiene pobre y a hiperestrogenismo, pero

si va unido a lesión en la horquilla debería ser tomado en consideración como un elemento diagnóstico a valorar.

Debe investigarse cuidadosamente la región perianal; de entre sus hallazgos merece ser destacada la "triada de la sodomía" (2):

- Adelgazamiento de la piel perianal con reducción u obliteración de sus pliegues.
- Incremento de la elasticidad del esfínter anal que permite la introducción de tres o más dedos.
- Reducción apreciable de la capacidad de contracción del esfínter.

Si a estos signos unimos la presencia de fisura y cambios significativos en la coloración de la piel, tendremos evidencias físicas suficientes para corroborar las existencia de coito anal.

Desde el punto de vista clínico, este examen físico debe ser completado con pruebas de laboratorio que confirmen las sospechas de abuso (2,12,19,20,21,22,23,24):

- Identificación microscópica de espermatozoides
- Prueba de la Fosfatasa Ácida.
- Estudio de la Colina (Marcador de semen).
- Determinación de Proteína específica del semen.
- Estudio de Rastros de sangre.
- Estudio macro-microscópico de pelos.
- Estudio de huellas digitales y arañazos

- Estudio de mordeduras y detección de restos de saliva.
- Descartar E.T.S.

Respecto a este último punto conviene recordar un aforismo que debe estar presente en la mente de todo médico (1): "Toda E.T.S. presente en un niño es signo de abuso sexual mientras no se demuestre lo contrario".

El estudio clínico debe ser completado con un examen detallado de las ropas que llevaba el niño ya que a veces pueden encontrarse en ellas hallazgos significativos.

Un diagnóstico diferencial cuidadoso evitará, por otra parte, confusiones con patologías que simulan situaciones de abuso, p.e.: Liqueen escleroso genital (25), adhesiones labiales, etc.

### CONSECUENCIAS DE LA AGRESION (2, 6, 9, 11, 26, 27)

Pueden ser físicas, a las que ya nos hemos referido anteriormente o psíquicas.

Dentro de las consecuencias psíquicas hay que considerar las alteraciones de conducta que la agresión conlleva:

- Depresión
- Disminución de la autoestima
- Intentos de suicidio
- Fracaso escolar
- Conducta antisocial
- Conducta criminal
- Abuso sexual

De hecho se considera el abuso sexual de un niño como una de las etiologías a considerar en caso de depresión, fobias, disfunciones sexuales, etc.

Uno de los puntos que debe ser tomado en consideración es el problema que supone para un niño todo el proceso de instrucción del sumario (28), ya que sin menoscabo de los derechos del menor, hay que conceder al acusado la presunción de inocencia hasta que sea demostrada su culpabilidad, pero esto puede significar un trauma añadido a la delicada situación emocional del niño, por lo que creemos, deberían articularse los mecanismos necesarios para proteger al menor y evitarle situaciones que puedan agravar aun más su precario equilibrio psíquico.

### **¿SON CAPACES LOS MEDICOS DE RECONOCER EL ABUSO SEXUAL?**

La respuesta a esta pregunta supone la diferencia entre una actuación correcta, eficaz y urgente o el error diagnóstico que puede representar el pasar por alto una situación que atenta gravemente contra la dignidad y la salud física y mental del niño.

Un estudio realizado en Ohio(29) sobre esta cuestión reveló que entre un 20% y un 40% de los pediatras encuestados no sabían identificar con exactitud detalles anatómicos de los genitales, o no relacionaron la aparición de determinadas patologías susceptibles de ser transmitidas por contacto sexual, p.e. mycoplasma, con posibilidad de un abuso.

Estos datos indican, en definitiva, que los médicos y en particular los pediatras, deberían prestar mayor atención a este problema y procurar la actualización de sus conocimientos ya que de ello va a depender, en gran medida, el reconocimiento y posterior tratamiento de esta situación.

Por todo ello y considerando que son los poderes públicos los que tienen el deber de velar por la protección integral del menor, creemos habrían de articularse mecanismos para la prevención de las agresiones, deberían igualmente crearse equipos multidisciplinarios que paliasen las consecuencias del problema.

En definitiva, creemos, debe tenderse a profesionalizar la justicia del menor, dando a los fiscales especialistas en el tema las competencias y los medios materiales necesarios para poder llevar a cabo su labor, supervisando y dirigiendo equipos de atención inmediata, cuya creación y actuación habrá de ir avalado por una legislación adecuada, agilizando al máximo la solución de los problemas que plantea cada caso, porque no debemos olvidar que ellos son, en definitiva, los auténticos veladores de los derechos legales del niño, y nosotros como médicos debemos, con nuestra colaboración, ayudar a paliar, esta auténtica lacra social.

TABLA I

---

DESCRIPCION DE CONFIGURACIONES DEL HIMEN

---

*Fimbrado*

- Irregular, festoneado, o dentado o dividido en múltiples franjas.
- Ribeteado o con muescas irregulares.
- Replegado con un orificio central o excéntrico.

*Circunferencial :*

- Dentado.
- Arredondado, generalmente con elongación posterior.
- Anular con orificio central.
- Liso con orificio central.

*Borde Posterior :*

- Gemelos anulares.
- Doblado semilunar con margen cóncavo orientado hacia el pubis.
- De apariencia creciente.
- Apertura anterior creciente.

(Tomado de Pokorny SF: Configuration of the prepuberal hymen. Am J. Obst Gynecol. 1987; 157:950-95)

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. Calvo Rosales J., Calvo Fernández Jr.: El Niño Maltratado. Madrid, Ed. Cea. 1986.
2. Paul DM: What really did happen to saby Jane? - The medical aspects of the investigation of alleged Sexual abuse children. Med Sci. Law. 1986;26: 85-101.
3. Leventhal JM.: Have there been changes in the epidemiology of sexual abuse of children during the 20th century? Pediatrics. 1988;82: 766-773.
4. De Jong A. et al.: Epidemiologic factors in sexual abuse of boys. Am. J. Dis Child 1982;136:990-993.
5. Jenny C.: Adolescent Risk-Taking Behavior and the occurrence of sexual abuse of sexual assault AJDC 1988;142: 700-772.
6. Jenny C. et al: Developmental approach to preventing the sexual abuse of children. Pediatrics 1986;78: 1034-1038.
7. Finkelhor D.: Child Sexual Abuse. New York, Free Press, 1984.
8. Wild NJ: Prevalencia de pandillas sexuales de niños. Pediatrics (Ed. esp) 1989;27: 239.
9. Emans SJ: Evaluation of sexually abused Child and Adolescent Adolesc Pediatr Gynecol 1989;27: 239.
10. Cantwell HB: Vaginal Inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen. Child Abuse and Neglect 1983;7: 171-176.



11. Jones DP, Melbourne JM.: Reliable and fictitious Accounts of sexual abuse to children. *Journal of Interpersonal Violence* 1987;2: 27-45.
12. Enos WF et al.: Forensic Evaluation of the Sexually abused child. *Pediatrics* 1986;78: 385-398.
13. Emans SJ et al.: Genital Findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics* 1987;79: 778-779.
14. Williams TS et al.: vulvar disorders in the prepubertal female. *Pediatric ann.* 1986;15: 588-605.
15. Reinhart MA.: Urinary tract infection in sexually abused children. *Clinical Pediatric*. 1987;26: 470-472.
16. Pokorny SF et al.: Configuration and other anatomical details of the prepubertal hymen. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988;1: 97-103.
17. Jenny C. et al.: Hymens in newborn female Infants. *Pediatrics* 1987;80: 399-400.
18. McCann J. et al.: Labial adhesions and posterior fourchette injuries in childhood sexual abuse. *AJDC* 1988;142: 659-663.
19. McCloskey KL. et al.: Prostatic acid phosphatase activity in the postcoital vagina. *Journal of Forensic sciences.* 1975;20: 630-636.
20. Graves HC et al.: Postcoital detection of a male-specific semen protein *N Engl J Med* 1985;312: 338-343.
21. Whittington WL et al.: Incorrect identification of *Neisseria gonorrhoeae* from infants and children. *Pediatr Infect Dis J*, 1988;7: 3-10.
22. Hammerschlag MR et al.: False positive results with the use of Chlamydial antigen detection test in the evaluation of suspected sexual abuse in children. *Pediatr Infect Dis J.* 1988;7: 11-14.
23. Bell TA et al.: Delayed appearance of chlamydia Trachomatis infections acquired at birth, *Pediatr Infect Dis J* 1987;6: 928-931.
24. Rapps WR. Scientific Evidence in rape prosecution, *UMKC Law Review* 1980;48: 216-236.
25. Jenny C. et al.: Liqueen escleroso genital interpretado erróneamente como abuso sexual en niñas. *Pediatrics (ed. esp.)* 1989;27: 221-222.
26. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research, *Psychological Bull.* 1986;99: 66-77.
27. Myers J. Preserving verbal evidence of child abuse *J. Pediatrics* 1986;109: 409-411.
28. Landwirth J. Children as Witnesses in child sexual abuse trials. *Pediatrics* 1987;80: 585-589.
29. Landson S et al. Do Physicians recognize sexual abuse? *AJDC* 1987; 141: 411-415.