

Guía para la atención del abuso sexual infantil

Dra. Corina Araceli García-Piña,* Dr. Arturo Loredo-Abdalá,** Psic. Martha Gómez-Jiménez***

RESUMEN

El diagnóstico de abuso sexual infantil (ASI) suele ser complicado, principalmente cuando el médico tiene poca experiencia. En la dinámica del ASI intervienen diversos factores. La coerción es uno de los más importantes para establecer el diagnóstico. Durante la evaluación, es indispensable evitar una nueva agresión ("victimizado"), lo que requiere que la evaluación se realice por un equipo interdisciplinario con experiencia. De no ser posible, el paciente debe referirse a una institución especializada. Se debe evitar la repetición de entrevistas, de interrogatorio y de exploración física. En el caso de agresiones crónicas no es urgente realizar la exploración física. El tipo de abuso más frecuente es el incesto padre-hija y la agresión más común son los tocamientos en el 90% de los casos; por ello, no es frecuente encontrar lesiones durante la exploración genito-anal. Las consecuencias del ASI dependen del apoyo familiar, del grado de culpabilidad que los padres hayan creado en el niño así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima.

Palabras clave: Maltrato infantil, abuso sexual infantil, incesto, vejación, exploración genito-anal.

ABSTRACT

The diagnosis of sexual child abuse (SCA) is often difficult especially when there is little experience in the dynamics of SCA. Several factors are involved. Coercion is one of the most important to establish the diagnosis. During evaluation, it is indispensable to avoid the sensation of victimization, and it should be done by an interdisciplinary experienced team. If this is not possible, the patient must be referred to a specialized institution. Repetition of interviews, physical interrogation and exploration should be avoided. In the case of chronic aggressions physical examination is not urgent. The most frequent type of abuse is father-daughter incest. The most common aggression is the petting in 90% of the cases; for this reason, no genito-anal injuries are detected. The positive or negative consequences of SCA in the child's life depend on the familial support, on the degree of guilt of the child caused by the parents, and the strategies of the victim to confront the problem.

Key words: Child abuse, sexual abuse, incest, victimization, genitor-anal exploration.

El síndrome del niño maltratado (SNM) es un fenómeno médico social con impacto mundial.¹ En el contexto general del SNM es importante tener una perspectiva definida sobre lo que representa esta patología, lo que implica conocer las diferentes formas en que un menor puede ser agredido. Entre las más conocidas se encuentra el maltrato psicológico, la negligencia, el maltrato físico y el abuso sexual (AS).²

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema frecuente cuyo impacto físico y emocional puede ocasionar secuelas

graves a corto, mediano y a largo plazo. Aproximadamente el 80% de las víctimas sufre consecuencias emocionales negativas, esto depende de quien fue el agresor, el grado de culpa del niño ejercido por sus padres así como de las estrategias de afrontamiento del problema de que disponga la víctima.³

El tipo de abuso sexual más frecuente en la infancia es el incesto, lo que generalmente se mantienen en secreto. Con frecuencia la solicitud de atención médica o psicológica es por situaciones aparentemente no relacionadas

* Médico pediatra, investigador, especialista en violencia infantil, adscrito a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM).

** Médico Internista pediatra, especialista en violencia infantil, coordinador de la CAINM-INP-UNAM, Instituto Nacional de Pediatría.

*** Licenciada en Psicología, CAINM-INP-UNAM, Instituto Nacional de Pediatría.

Insurgentes Sur 3700-C, colonia Insurgentes Cuicuilco. Delegación Coyoacán, México, DF CP 04530. Tel: 01 84 09 00 Ext. 1411 y 1413. Correo electrónico: corinagarcia_9@yahoo.com.mx Recibido: diciembre, 2008. Aceptado: marzo, 2009.

Este artículo debe citarse como: García PC, Loredo AA, Gómez JM. Guía para la atención del abuso sexual infantil. Acta Pediatr Mex 2009;30(2):94-103.

Correspondencia: Dra. Corina Araceli García Piña. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

con el evento: alteración de la conducta del menor (cuadro 1), presencia de vulvovaginitis o una infección de transmisión sexual (ITS), hiperemia o lesiones genito-anales; versión del menor; embarazo no esperado en la edad de la menor; sospecha de un familiar o hallazgo durante una exploración médica.

El diagnóstico de AS suele ser difícil, principalmente cuando el médico tiene poca experiencia, lo que requiere estudiar el problema de forma ética y profesional. Es necesario establecer sistemas de apoyo para su atención, con objeto de que el paciente tenga un desarrollo saludable, con la menor posibilidad de repercusiones físicas y emocionales. Conocer lo que se espera en el examen físico puede ayudar a aliviar la ansiedad en el médico. Para evitar preguntas repetidas innecesarias y potencialmente perjudiciales, especialmente en las menores, se realizará un historial detallado.

DEFINICIÓN

La Academia Americana de Pediatría ha definido al ASI como la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder.⁴

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) se define como una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro (s).⁵

En la dinámica del ASI intervienen diversos factores que es necesario considerar a fin de tener una idea más clara de los elementos implicados:

1. *La coerción.* El agresor utiliza su situación de poder o fuerza para interactuar sexualmente con el niño; incluye las amenazas, el engaño, la seducción, la fuerza física o ambas.^{6,7}
2. *La diferencia de edad y del nivel de desarrollo.* La diferencia de este factor entre el agresor y la víctima impiden que exista libertad de decisión o consentimiento de esta última; ambos poseen experiencias, grado de maduración biológica y expectativas diferentes. El análisis debe realizarse tomando en cuenta la edad de la víctima y del agresor:⁸

- *Experiencias entre niñas(os) y adultos.* Interacción sexual entre niñas (os) de 12 años o menos con un adulto de 18 años o más.
- *Encuentros sexuales entre niñas(os) o adolescentes.* Incluye experiencias sexuales entre niñas (os) de 12 años o menos y otra persona que tiene menos de 18 años pero es cuatro años mayor.
- *Experiencias sexuales entre adolescentes y adultos mayores.* Interacción sexual entre adolescentes de 13 a 16 años y adultos 10 o más años mayor que el adolescente.
- *Experiencias sexuales entre niños de la misma edad.* La coerción física o emocional es criterio suficiente para establecer el diagnóstico de ASI independientemente de la edad del agresor; se incluyen los abusos ocasionados entre iguales.⁶
- 3. *Tipo de conducta sexual.* Este es otro aspecto que debe analizarse. Es necesario diferenciar las prácticas normales o juegos sexuales, que se dan entre niños con edad similar y las conductas abusivas en donde la diferencia de edad o del desarrollo y la coerción suelen marcar la diferencia. Los juegos sexuales se presentan generalmente en preescolares y en los primeros años de la edad escolar y son conductas de exploración y conocimiento. (4 a 6 años).^{6,9}

En el ASI existe una relación desigual; por edad, madurez o poder, entre el agresor y la víctima. En este sentido se entiende que un niño (a) no puede involucrarse en actividades sexuales ya que por su etapa evolutiva no comprende ni está capacitado para dar su consentimiento. De esta manera se hace énfasis que en el ASI existe desigualdad de poder entre los involucrados.¹⁰

EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil precisar la prevalencia del ASI ya que frecuentemente los casos no se detectan o diagnostican correctamente, lo que lleva a un subregistro importante. Las manifestaciones clínicas de la víctima suelen ser confusas y habitualmente enmarcadas en el contexto de la esfera emocional; por lo tanto, frecuentemente no son relacionados con la agresión.¹¹

Por otro lado, existe poca experiencia en la atención de casos de ASI. Asimismo, el número y el funcionamiento de los servicios médicos, sociales y legales teóricamente

especializados, son insuficientes en algunos países. Es frecuente que no denuncien estos casos, porque el problema ocurre en el seno familiar y se oculta para proteger al agresor que frecuentemente es uno de sus miembros (incesto), por vergüenza o para no perder estabilidad económica, emocional o ambas. Estos aspectos también dan un subregistro importante; a pesar de ello, se han realizado investigaciones que señalan la frecuencia del problema.¹²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo, aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad.¹³

En los EE.UU. aproximadamente 88,000 niños son víctimas de AS anualmente; 12 a 25% son niñas y 8 a 10% son varones.^{4,14}

Cifras similares se describen en España, en pacientes menores de 17 años de edad.³

En México, no existe un sistema coordinado entre instituciones públicas o procuradurías (organizaciones gubernamentales) y organizaciones no gubernamentales (ONG), para tener cifras confiables sobre ASI; sin embargo, hay estudios sobre su frecuencia.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) informa que se denuncian, en promedio, dos casos al día de ASI; en el año 2002 hubo un total de 1,123 denuncias.¹⁵

La Procuraduría General de la República (PGR) informó que entre 1997 y 2003 se denunciaron 53,000 agresiones sexuales contra menores de edad; ello equivale a 7,600 por año, es decir, 21 casos por día.¹⁶

La Encuesta Infantil y Juvenil del año 2003, reveló que de 3,095,340 niños y adolescentes, el 3.5% señalaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual dentro del seno familiar o en la escuela.¹⁷

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) la frecuencia del problema es de 14%.⁵

CLASIFICACIÓN

El ASI es causado por personas que conviven estrechamente con el menor en el 90% de los casos. Pueden tener vínculos familiares (incesto) o ser conocidos del menor:

- **Abuso sexual familiar o incesto.** Es la forma más común en un 65% de los casos. El agresor más fre-

cuento es el padre; también pueden ser el padrastro, el hermano, el primo, el tío, el abuelo, etc.^{18,19}

- **Abuso sexual extrafamiliar.** El ASI también es causado por conocidos de la víctima en el 25% de los casos. El agresor puede ser un vecino, un conocido o un amigo de la familia; un maestro (a), el padrino, el sacerdote, etc. En el 10% el agresor es un desconocido.²⁰
El tipo de conducta sexual abusiva, puede tener o no, contacto físico:
 - **AS con contacto físico.** Incluye todas las conductas en las que el agresor toca zonas del paciente de claro significado sexual, las conductas pueden ser del agresor a la víctima (forma más frecuente) o viceversa: Puede tratarse de caricias o tocamientos de pechos, de genitales; contacto digito-genital, genito-genital, genito-oral, introducción de objetos en genitales y penetración vaginal, anal u oral.²¹
 - El tipo de agresión más frecuente es de tocamientos en un 90% de los casos; únicamente 4 a 10% de las experiencias entre adultos y niños implican coito.⁸ La importancia de este hecho permite explicar una de las razones por las que frecuentemente no existen lesiones en el área genital, anal o en las dos cuando se explora a un niño con historia de AS.
- **AS sin contacto físico.** Aunque no lo hay entre el agresor y la víctima; existen repercusiones psicoemocionales. Las formas habituales son exhibicionismo, petición de realizar actividades sexuales o intimidación, voyerismo; involucrar al niño como espectador o ser usado para realizar material pornográfico y fomento a la prostitución.^{21,22}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del AS es un reto para el médico y se basa en una evaluación interdisciplinaria, sistematizada, metódica y ética.²³

Para ello, es necesario analizar el tiempo transcurrido y el tipo de agresión sexual:²⁴⁻²⁶

- Agresión sexual aguda o violación (menos de 72 horas). Puede ocurrir en niños aunque es más frecuente en adolescentes. En la exploración física es posible encontrar evidencias que apoyen el diagnóstico, principalmente cuando la revisión se realiza en las primeras 72 horas.

- Abuso sexual crónico. Lo más frecuente es que se trate de tocamientos o que hayan transcurrido meses o años después de una penetración vaginal o anal. A menudo la agresión se ha repetido varias ocasiones. En estos casos es probable que no existan evidencias físicas, en cuyo caso el diagnóstico se basa en las evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos o psiquiatras).

En este ensayo sólo se abordará el abuso sexual crónico.

Abuso sexual crónico (ASc)

Es el tipo de agresión más frecuente en niños y es común que hayan pasado semanas, meses o años antes del diagnóstico. En este período, las agresiones suelen ocurrir con frecuencia variable; es habitual que el agresor amenace al menor con dañarlo o agrede a su familia.²⁷

El incesto padre-hija es la forma más frecuente y es común que el cuidador esté confabulado con el agresor, situación que puede generar conflicto en el equipo de profesionales que atienden estos casos. Es necesario conocer y controlar este problema ya que esta situación puede ocasionar mayor repercusión emocional en el paciente.²⁸

Diagnóstico

Debe basarse en evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario (pediatras, psiquiatras o psicólogos) con un estudio sistematizado.

1. Entrevista con el cuidador y el paciente.³¹⁻³³

- Si la Institución cuenta con profesionales con experiencia en el tema, se debe solicitar su valoración de manera inmediata antes de realizar entrevista, exploración física o cualquier otra intervención.
- A diferencia de las agresiones agudas, los pacientes que han sufrido abuso sexual crónico no acuden con una historia clara del evento ocurrido, por ello es necesario analizar la versión del paciente y la del familiar de manera detallada.
- La entrevista se efectuará por separado y debe iniciarse con el cuidador principal o el adulto que solicita la atención y posteriormente con la niña o el niño agredido.
- El tipo de entrevista es semiestructurada (sin cuestionario previo, preguntas libres) y se realizará de preferencia por un médico y un psicólogo o psi-

quiatra. Si se considera necesario, podrán participar otros profesionales como observadores a través de una cámara de Gesell.

- Utilizar un lugar privado y tranquilo, donde exista un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad.
- Explicar a la familia y al menor la finalidad de la entrevista y el procedimiento a realizar.
- Los pacientes que han sido víctimas de abuso sexual presentan síntomas que es necesario investigar, éstos se clasifican en manifestaciones físicas, de conducta, emocionales, sexuales y sociales y deben relacionarse con la etapa del desarrollo del paciente. Las manifestaciones sexuales se han relacionado con mayor frecuencia al ASI; sin embargo, deben valorarse de manera global y conjunta, ya que no es posible establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso (cuadro 1).³⁴
- Realizar un análisis del testimonio del paciente y del adulto. La versión debe ser clara, detallada y consistente. Su evaluación requiere profesionales con experiencia en el tema.³⁵

2. Exploración física.

- **La exploración física en los casos de ASc no es una urgencia;** por ello es necesario esperar a que sea realizada por los profesionales especializados.
- Es necesario obtener consentimiento informado de los familiares antes de realizar cualquier procedimiento (exploración física, toma de muestras, de fotografías o de ambas).³⁶
- Durante la exploración física, deben estar presentes la madre u otro familiar y la enfermera.
- Si se trata de un adolescente, se solicitará su consentimiento para que permanezca el familiar; la enfermera debe estar presente.³⁷
- No se debe forzar la exploración física.
- Informar al paciente (de acuerdo a su edad) y al familiar, en qué consiste la exploración genitoanal; con mayor razón si se emplea un colposcopio u otro instrumento.^{31, 38}
- La información que se brinde al paciente debe tener en cuenta la edad, el desarrollo y las características de su personalidad; utilizando un lenguaje comprensible e intentando establecer una relación cálida y de confianza que disminuya su temor. Antes

Cuadro 1. Principales manifestaciones a corto y mediano plazo del abuso sexual en niños y adolescentes

<i>Tipos</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Periodo evolutivo</i>
Físicos	Problemas del sueño: pesadillas, insomnio, somnolencia. Pérdida de control de esfínteres: enuresis, encopresis.	Infancia y adolescencia Infancia
De conducta	Cambios en los hábitos de alimentación: hiporexia, alimentación compulsiva, anorexia, bulimia. Consumo de drogas o alcohol. Huidas del hogar. Conductas autolesivas o suicidas. Conductas hiperactivas. Bajo rendimiento escolar.	Adolescencia Adolescencia Adolescencia Adolescencia Infancia Infancia y adolescencia
Emocionales	Miedo generalizado. Hostilidad y agresividad. Culpa y vergüenza. Depresión. Ansiedad. Baja autoestima y sentimientos de estigmatización. Rechazo de su cuerpo. Desconfianza y rencor hacia los adultos. Trastorno de estrés postraumático.	Infancia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. Masturbación compulsiva. Excesiva curiosidad sexual. Conductas exhibicionistas. Agresión sexual hacia otros menores. Rechazo a las caricias, besos o al contacto físico. Problemas de identidad sexual.	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Adolescencia
Sociales	Déficit en habilidades sociales. Retraimiento escolar. Aislamiento. Conductas antisociales.	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia

Modificado de E. Echeburúa, P. de Corral. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood

- de realizar la exploración, es recomendable que el menor sea evaluado y preparado por el equipo de salud mental
- Hay que explorar al paciente de manera ordenada por zonas: extra-genital (cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen, extremidades); paragenital (muslos, glúteos) y finalmente área genitoanal.³²
 - Posición: En prepúberes se utiliza la posición supina con las piernas en abducción o “posición de rana”. Se puede utilizar la misma posición con ayuda de la madre. También se utiliza la posición de rodilla-pecho (genupectoral) para mejor visualización igual que en los púberes. En varones la revisión se inicia en posición supina para examinar pene, testículos, escroto y periné. Para visualizar la región anal se usa la posición supina-lateral/rodilla-pecho o genupectoral. También se puede solicitar la ayuda del familiar.³³

- En el abuso sexual crónico es común que no haya datos físicos evidentes debido a que en los tocamientos no hay lesiones o han transcurrido meses o años de una penetración vaginal o anal. La ausencia de lesiones no descarta el abuso sexual.³⁹⁻⁴²
- En caso de encontrar lesiones se deben describir detalladamente y con dibujos. La localización de las lesiones se deben describir de acuerdo a las manecillas del reloj, en donde la uretra indica la posición de las 12 horas y la región anal las 6 horas.⁴² Los resultados serán catalogados en base a clasificaciones establecidas⁴³⁻⁴⁵

3. Exámenes de laboratorio y profilaxis antimicrobiana.

- En los casos de ASc, el riesgo de adquirir una Infección de transmisión sexual (ITS) es bajo (3.5%). No es necesario tomar muestras para estudios de

laboratorio de manera sistemática; para hacerlos hay que seguir las siguientes directrices:

- Si existe sospecha o certeza de que el agresor es portador de ITS; en caso que el paciente tenga signos y síntomas sugestivos de una ITS; por la sospecha de la alta prevalencia de ITS en el agresor (homosexuales, ex-convictos, prostitutas, etc.)^{4, 6, 46}
- En menores de dos años se deben descartar las infecciones adquiridas por transmisión perinatal: gonorrea, sífilis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e infección por virus del papiloma humano (VPH). En este último caso se deben, considerar la heterotransmisión o la autoinoculación.^{4, 6, 46}

4. Evaluación psicológica y psiquiátrica. ⁴⁷⁻⁵¹

- Se realiza en el cuidador que solicita la atención y en la niña o niño agredido.
- La valoración al cuidador, se inicia con una entrevista interdisciplinaria (médico y psicólogo); posteriormente, se realiza una entrevista semiestructurada a profundidad con el fin de obtener mayor información sobre la psicodinamia de la familia y su relación con el proceso desencadenante de AS.
- Para valorar a la niña o al niño, se debe tomar en cuenta su edad y su disposición.
- Es necesario generar confianza a través de la *buenas relaciones entre ambos*.

- En los casos de incesto, hay que valorar la relación que existe con el agresor, el significado que éste tiene para el paciente y la familia y de esta manera enfocar la acción.
- La evaluación psicológica tanto para el menor como para el cuidador, se apoya en pruebas psicológicas y técnicas establecidas para tal fin.

5. Integración del diagnóstico.

El diagnóstico de ASc se establece con la información de las evaluaciones médica y psicológica del paciente y su familia. Se basa en el análisis de la historia sobre el evento (testimonio), presencia de indicadores del comportamiento, evaluación psicológica y exploración física. Algunos autores y organizaciones clasifican el ASc en categorías que apoyan el diagnóstico, lo cual debe tomarse como una guía para el análisis de cada caso. (cuadro 2).^{4, 6, 52, 53}

El ASc excepcionalmente se diagnostica sólo en base al examen físico o en datos de laboratorio. En los casos de AS por tocamientos o cuando existe el antecedente de penetración (vaginal o anal) y el tiempo transcurrido es considerable (meses o años), los hallazgos físicos a menudo faltan, incluso cuando el perpetrador admite la penetración genital o anal. Se debe tomar en cuenta que las lesiones de la mucosa cicatrizan rápida e íntegramente en semanas. En este caso, es posible establecer

Cuadro 2. Integración del diagnóstico en casos de ASI

Abuso sexual definitivo	Episodio de AS presenciado por un testigo (se aplica también a evidencias mostradas con fotografías o videos). Presencia de esperma o líquido seminal (fosfatasa ácida) en el cuerpo del niño. Lesión física evidente de penetración vaginal, anal o las dos, en ausencia de accidente. ^{41, 43, 44} Cultivos positivos de <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> o serología positiva para sífilis en niños mayores de dos años.
Probable abuso sexual	Versión clara, detallada y consistente del niño sobre AS, con o sin hallazgos emocionales, físicos o ambos. Hallazgos en la exploración física genitoanal sugestivos de AS; sin historia de trauma genital accidental. ^{41, 43, 44} Cultivo positivo de <i>Trichomonas vaginalis</i> o <i>Chlamydia trachomatis</i> . En menores de dos años descartar transmisión perinatal
Possible abuso sexual	El menor refiere datos de AS, pero la versión no es consistente o detallada. Existen alteraciones de la conducta. En la exploración genitoanal existen lesiones físicas sugestivas o si es positivo a condilomatosis o herpes genital (investigar otras vías de transmisión). ^{41, 43, 44}
Sin evidencia de abuso sexual	Niño con factores de riesgo para AS sin alteraciones de conducta. Exploración física normal o hallazgos inespecíficos en la exploración genitoanal. ^{41, 43, 44} No hay historia o versión de AS.

el diagnóstico en base a la evaluación interdisciplinaria en donde el análisis de la versión del paciente y la del familiar y la evaluación psicológica son fundamentales. Durante la evaluación de un caso de probable ASI es importante analizar las diferencias entre una agresión aguda y un AS crónico (cuadro 3).⁵⁴⁻⁵⁷

Denuncia^{58, 59}

Para realizar la denuncia es necesario valorar el tipo de agresión sexual:

- Denuncia por violación o agresión aguda. Establecer la presencia de agresión mediante el estudio forense con la precisión de contacto vaginal, anal o bucal.
- Denuncia por abuso sexual: tocamientos o penetración. Se determina especialmente a través de la anamnesis y la evaluación realizada por el médico y el equipo de salud mental.
- Al hacer una denuncia es fundamental que el menor y su familia sean preparados por el equipo interdisciplinario con el fin de brindar información sobre el proceso legal y evitar que el menor sienta una nueva agresión (“victimizado”).
- Los familiares y el paciente, deben ser informados sobre el juicio legal y sus derechos. Se les debe brindar una orientación clara y detallada sobre los riesgos y las posibilidades de asistencia, apoyo y atención

- Cuando se refiere al paciente a otra institución, debe hacerse personalizada y asegurarse de que el familiar cuente con la información necesaria (dirección y horarios de la institución de referencia). Solicitar dirección y teléfono para comprobar con ayuda de Trabajo Social, que el paciente y la familia hayan recibido la atención adecuada.
- Es frecuente que una vez efectuada la denuncia, el perpetrador adopte una actitud de aparente indiferencia, niegue los hechos o que desaparezca, lo cual debe ser informado a los familiares.
- La hospitalización está indicada cuando existen lesiones físicas severas, por ejemplo, necesidad de reparación quirúrgica o afección del estado emocional importante tal como ideación o intento suicida.

Pronóstico

Aproximadamente 80% de las víctimas sufre trastornos psicológicos, lo que depende del grado de culpabilidad que los padres hayan creado en el niño o del apoyo familiar, así como de las estrategias de afrontamiento de la víctima. Los niños muy pequeños (preescolares), tienen recursos psicológicos limitados; pueden mostrar negación de lo ocurrido. En los niños en etapa escolar, son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso. En la adolescencia el abuso sexual muestra un conflicto especial porque el agresor puede intentar el coito y hay el riesgo de un embarazo; el adolescente toma conciencia de la relación incestuosa.^{34, 60}

Cuadro 3. Diferencia entre Abuso sexual agudo y crónico.

<i>Abuso sexual agudo (violación)</i>	<i>Abuso sexual crónico</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Generalmente es un evento agudo y suele ser cometido por desconocidos. - El tipo de agresión más frecuente es la penetración vaginal, anal u oral. - Es frecuente que exista agresión física. - El agresor generalmente es desconocido. Es necesario tomar muestras de secreciones de la región genitoanal, de la cavidad oral o de ambas, para cultivos y búsqueda de espermatozoides. - Se debe administrar un esquema de profilaxis antimicrobiano contra infecciones de transmisión sexual. - En adolescentes es necesario administrar anticoncepción de urgencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es frecuente que hayan pasado semanas, meses o años y habitualmente las agresiones se repiten con cierta periodicidad. Suele ser ocasionado por familiares o conocidos del menor. - Los tocamientos o exhibicionismo son los tipos de agresión más frecuente. - El engaño, la seducción, las amenazas son las estrategias más utilizadas por el agresor. - La decisión de la toma de muestras en sangre, secreción genitoanal o las dos, será individualizada y de acuerdo a criterios establecidos. - La decisión de administrar tratamiento antiprofiláctico debe ser individualizada y basada en criterios establecidos. - Valorar anticoncepción de urgencia de acuerdo a la edad, tipo de agresión y tiempo transcurrido.

Consecuencias a largo plazo

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes, afectan aproximadamente al 30% de las víctimas. Desde el punto de vista del trauma, los factores que ocasionan mayores efectos negativos a largo plazo son la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima como la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación, la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (Ruptura y falta de apoyo en la familia sobre todo de la madre o poner en duda el testimonio del menor).^{34, 61}

Algunos autores consideran que el 25% de los niños abusados sexualmente se convertirán en agresores sexuales cuando llegan a ser adultos.^{60, 61}

Factores relacionados con mal pronóstico

- Falta de apoyo principalmente de la madre o de otros familiares.
- Falta de credibilidad en el menor.
- Abuso sexual provocado por personas con vínculos significativos.
- Niñas (os), víctimas de violación o agresiones sexuales con violencia física o emocional: amenaza de daño o muerte.
- Edad de la víctima. A mayor edad, la experiencia se considera más traumática, debido a la mejor comprensión de su significado.
- Interacción sexual más elaborada: coito vaginal, anal o ambos.
- Cronicidad. Agresiones sexuales ocasionadas por tiempo prolongado, generalmente años.

Factores mediadores del abuso sexual infantil^{34, 62-64}

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a un AS. El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables:

- a. El perfil individual de la víctima: estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar.
- b. Las características del abuso: frecuencia, severidad, violencia o amenazas; cronicidad.
- c. La relación existente con el abusador
- d. Las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso: Apoyo familiar, desintegración familiar, denuncia.

En general, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de una violación propiamente dicha: penetración vaginal, anal o bucal. De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de sentimientos de indefensión y de vulnerabilidad y más probable la aparición de síntomas.

En relación de la víctima con el agresor, lo que importa no es el grado de parentesco entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, a mayor grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar.

En lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumáticos para las víctimas que los efectuados por adultos.

Por último, debe considerarse la importancia de las consecuencias derivadas de la revelación del abuso en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados. La reacción del entorno tiene un papel fundamental: el apoyo de los padres, el dar credibilidad al testimonio del menor y protegerlo, especialmente por la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación después de la revelación. La sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual. En ocasiones, la respuesta de los padres ante la revelación del abuso puede ser más intensa que la del propio niño, sobre todo en los casos en que la madre se percata del abuso sexual a su hijo, protagonizado por su propia pareja. Los sentimientos de vergüenza y culpa, de enojo y pena, de miedo y ansiedad, pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente y en los casos más graves, pueden llegar incluso a culparlo de lo sucedido.

Es significativo el estrés adicional, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o de hecho) de la pareja, el encarcelamiento del padre o del padrastro, la salida de la víctima del hogar (única vía a veces para garantizar su seguridad, pero que supone un costo emocional y de adaptación importante) o la implicación en un proceso judicial, con las posibles consecuencias penales para el abusador, son algunas de estas situaciones. Res-

pecto al último punto, los juicios largos, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una vejación secundaria y tienen peor pronóstico.

Un reto es analizar el papel de los factores protectores (apoyo de la familia, entorno familiar funcional, estabilidad emocional del infante) y los de mal pronóstico. De este modo, se pueden tomar decisiones correctas: el tratamiento de la víctima, la salida del agresor del hogar, la separación del menor de los padres, el apoyo social a la familia y la terapia del agresor.

REFERENCIAS

1. McMenemey MC. Who recognizes child abuse as a major problem. *Lancet* 1999; 353:1340.
2. Loredo Abdalá A. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En: Loredo-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Ed. Editores de Textos Mexicanos, 2004:pp:17-27.
3. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes F. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 1995;19:1039-50.
4. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Subject Review. *Pediatrics* 1999;3:186-90.
5. Perea Martínez A, Loredo-Abdalá A, Monroy Villafuerte A, Güicho Alba. El abuso sexual: del silencio Ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredo-Abdalá editor. Maltrato en Niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos, 2004;pp:75-102.
6. Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.
7. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1993;17:67-70.
8. Finkelhor D. Las experiencias descritas En: David Finkelhor. Abuso Sexual al Menor. México: Editorial Pax, 2005;pp:79-105.
9. Duncan P, Dixon RR, Carlson J. Childhood and adolescent sexuality. *Pediatr Clin N Am* 2003;50:765-80.
10. Cantón Duarte J, Cortés Arboleda MR: Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. 1^a ed. Madrid: Editorial Pirámide; 2000.
11. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H. The victimization of children and youth: a comprehensive national survey. *Child Maltreat* 2005;10:5-25.
12. Theriault C, Cyr M, Wrygth J. Contextual factors associated with the symptoms of teenagers victims of intrafamilial sexual aggression. *Child Abuse Negl* 2003;27:1291-309.
13. WHO Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children. Background Paper to the UN Secretary-General's Study on Violence Against Children. Geneva World Health Organization 2006.
14. Finkelhor D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409-17.
15. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Concentración de datos estadísticos de menores maltratados. México 2000.
16. Procuraduría General de Justicia. Los menores de edad el sector más vulnerable. PGR 2002. México. www.pgr.gob.mx
17. Instituto Federal Electoral, Consulta Infantil y Juvenil 2003. Resultados finales de opinión. México, DF IFE.
18. Hanson, K, Gizzarelli R. The Attitudes of Incest Offenders. *Crim Just Beh* 1994;21:187-202.
19. Crowley MS, Seery BL. Exploring the multiplicity of childhood sexual abuse with a focus on polyincestuous contexts of abuse. *J Child Sex Abus.* 2001;10:91-110.
20. Massat C, Rippey C, Lunndy M. Service and support needs of non-offending parents in cases of intrafamilial sexual abuse. *J Child Sex Abuse* 1999;8:41-56.
21. Gold SN, Hyman SM, Hyman RC. Family of origin environments in two clinical samples of survivors of intra-familial, extra-familial, and both types of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2004;28:1199-212.
22. Kim C. From fantasy to reality: the link between viewing child pornography and molesting children. *Child Sex Exploit Update* 2004;1:103-10
23. Baren JM. Ethical dilemmas in the care of minors in the emergency department *Emerg Med Clin N Am* 2006;24:619-31.
24. Carol L. Blackwood M. Sexual assault. *Clin Fam Pract* 2005;7:139-52.
25. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26:645.
26. Edgar K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Act Paediatr* 2000;88:310-9.
27. Atwood DJ. When Love Hurts: Preadolescent girls' Reports of incest. *Am J Fam Ther* 2007;35:287-313.
28. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia. En: Vallejo MA (Ed.). Manual de terapia de conducta. Madrid: Dykinson, 1998;pp:563-601.
29. Freshwater K, Leanch C, Aldridge J. Personal constructs, childhood sexual abuse and revictimization. *Br J Med Psychol* 2002;74:379-97.
30. Wöller W. Trauma repetition and revictimization following physical and sexual abuse *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005;73:83-90.
31. Cantón J, Cortés MR. Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En: VE. Caballo y MA. Simón (Eds.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide, 2001;pp:293-321.
32. Lahotis S, McClain N, Gilardet R, MCNesse M, Cheung K. Evaluating the Child for Sexual Abuse. *Am Fam Physician* 2001;63:883-92.
33. American Academy of Pediatrics and Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.
34. Echeburúa EPC. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood *Cuad Med Forense* 2006;12:75-82.
35. Jiménez Cortés C, Martín Alonso C. Valoración del testimonio en abuso sexual Infantil *Cuad Med Forense* 2006;12:43-44.
36. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995;95:314-7.
37. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics* 2003;111:703-6.

38. Bernard D, Peters M. The Evaluation of Suspected Pediatric Sexual Abuse. *Clin Ped Emerg Med* 2006;7:161-9.
39. Finkerhor D. Antecedentes sociales de niños que han sido victimizados sexualmente En: David Finkerhor. *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax, 2005;pp:155-66.
40. Kim HS. Incestuous experience among Korean adolescents: prevalence, family problems, perceived family dynamics, and psychological characteristics. *Public Health Nurs* 2005;22:472-82.
41. Joice AA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse J *Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:191-7.
42. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94:310-7.
43. Joice AA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:163-72.
44. Muram D. The medical evaluation of sexually abused children. *J Pediatr Adol Gynecol* 2003;16:5-14.
45. American College of Emergency Physicians. Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. 1999;7-130 www.acep.org
46. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 (report number MMWR, 51. No. RR-6).
47. Lamb ME. The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse Neglect* 1994;18:1021-28.
48. Glenn F, Cartwright A. Expanding the parameters of parental alienation syndrome. *Am J Fam Therap* 1993;21:205-15.
49. Sullivan ED y Everstine L. *El sexo que se calla*. México: Pax; 1997.
50. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. *Abuso sexual en la infancia*. En: Vallejo MA (Ed.). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, 1998;pp:563-601.
51. Cantón Duarte J, Cortés Arboleda, MR. *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Ed. Pirámide; 2004.
52. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva World Health Organization 2003;75-143.
53. Ludwig S. *Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica*. Arch Pediatr Urug 2001;72:S45-S54.
54. Volnovich RJ. *Abuso Sexual en la Infancia*. 2^a Ed. Buenos Aires-México: Grupo Editorial Lumen Hvmanitas; 2002.
55. Adams J, Harper K, Knudson S, et al. Examination findings in legally confirmed cases of child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94:31027.
56. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, et al. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002;109:228235.
57. Christian CW, Lavelle JM, DeJong AR. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000;106:10024.
58. Krugman RD, Bross DC. Medicolegal aspects of child abuse. *Neurosurg Clin North Am* 2002;13:243-6.
59. Eckert WG, Katchis S, Donovan W. The pathology and medicolegal aspects of sexual activity. *Am J For Med Pathol* 1991;2:3-15.
60. Glaser D, Frosh S. *Abuso Sexual en Niños*. España: Ed. Paidos; 1997.
61. Finkerhor D. *Fuentes de trauma* En: David Finkerhor *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax, 2005;pp:155-66.
62. Cantón J, Cortés M.R. *Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil*. En: Caballo VE, Simón MA (Eds.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide, 2001;pp:293-321.
63. Quamma, JP, Greenberg MT. Children's experience of life stress: The role of family social support and social problem-solving skills as protective factors. *J Clin Child Psychol* 1994;23:295-305.
64. Firestone P, Dixon KL, Nunes KL, Bradford JM. A comparison of incest offenders based on victim age. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:223-32.