

II. Abuso sexual (AS)

El abuso sexual (AS) es un problema cuyo impacto físico y emocional puede ocasionar secuelas emocionales graves a corto, mediano y largo plazo. Habitualmente en esta edad predominan los tocamientos más que la agresión sexual física (violación). En estos casos, sólo hay daño físico cuando existió penetración vaginal o anal y ello ocurre en el 10 a 15% de los casos. Es importante tener presente, que las lesiones son detectables a la exploración física en un período de 24 a 76 h después de la agresión.

El daño emocional ocurre en aproximadamente 80% de las víctimas. Este depende de diversos factores como: ¿quién fue el agresor?, la reacción de la familia ante este evento así como las estrategias de afrontamiento que tenga la víctima.¹

DEFINICIÓN

El AS se define como una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción para su estimulación sexual, la del menor o la de otro individuo.²

MECANISMOS

Las conductas abusivas recurrentes pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer la utilización del menor como objeto de estimulación sexual para el agresor (exhibicionismo o proyección de películas pornográficas).³

En este contexto, el diagnóstico de AS tiende a ser difícil, por diversas razones:

- Ausencia de daño físico.

- Hubo daño físico pero han transcurrido más de 72 h (ha desaparecido cualquier lesión)
- El profesional de salud no tiene la experiencia necesaria para detectar este problema.
- El AS puede ser agudo o crónico, con franco predominio de esta última forma y por ello, las manifestaciones clínicas tienden a ser más frecuentes en el área psico-emocional.

Ante este panorama, es fundamental que los pacientes y sus familiares sean evaluados y si es necesario, atendidos por especialistas en salud mental. El objetivo es resolver problemas a corto, mediano o largo plazo.

Por lo tanto, el personal médico de cualquier nivel de atención debe contar con la información básica sobre el tema para evitar, hasta donde sea posible, un diagnóstico erróneo o un tratamiento inadecuado de cada caso.

Se debe recordar que el interrogatorio y la exploración genito-anal repetida alteran la estabilidad emocional del menor y de la familia.⁴

Finalmente, el incesto es una situación que habitualmente permanece en secreto por tiempo indefinido. Esto da por resultado que el menor sea atendido médica o psicológicamente por algún evento físico o emocional aparentemente independiente.⁵

Ante tales dificultades, el Subcomité de AS consideró la necesidad de realizar inicialmente un estudio piloto en dos centros hospitalarios pediátricos de tercer nivel de atención de la ciudad de México con objeto de precisar la expresión clínica de los casos que han sido atendidos, las estrategias seguidas y el tratamiento general establecido. De acuerdo a sus resultados se diseñará un esquema general de intervención para ser aplicado en cualquier nivel de atención.

OBJETIVO

Revisar los expedientes de 50 casos con este diagnóstico, atendidos en los dos centros médicos de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional basado en la revisión de 50 expedientes clínicos de pacientes menores de 18 años con antecedente de AS atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) y en el Hospital Infantil de México (HIMFG).

RESULTADOS

La edad fue de dos a 16 años con una media de siete años. El número de casos por sexo se presenta en el cuadro 1.

Las manifestaciones de conducta y físicas más frecuentes en niños y adolescente se presentan en los cuadros 2 y 3.

El cuadro 4 muestra las versiones del evento, señaladas por el menor, el cuidador primario y por otros familiares.

DISCUSIÓN

Uno de los tipos del maltrato infantil (MI) que más impactan la esfera psico emocional de la víctima, es el AS. A pesar de ello, existe importante sub-registro de casos, lo cual impide precisar su prevalencia en nuestro medio.

En esta forma de MI es evidente su mayor frecuencia en niñas que en niños y los datos de este estudio piloto lo confirman: Sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico en varones cada día es más frecuente.⁶

La sospecha de AS se pudo establecer en base a las alteraciones de conducta de las víctimas tales como: pesadillas, miedo generalizado, cambios bruscos de conducta, enuresis, encopresis, etc.⁷ El cuadro 2 muestra el resto de las manifestaciones clínicas.

En adolescentes se observaron: agresividad, aislamiento, consumo de alcohol o drogas e infecciones de transmisión sexual, información que no difiere de lo señalado en la literatura. (Cuadro 3).

Los profesionales de la salud y otros que interactúan con niños y adolescentes que sufren este problema, frecuentemente se informan por la versión del niño (a) y por la sospecha del cuidador primario (madre) (Cuadro 4). Por esta razón es frecuente que los familiares acudan en busca de atención médica.

Por lo tanto, el médico debe dar la credibilidad necesaria a tal información aun cuando la exploración física sea negativa. En estos casos siempre se debe realizar una evaluación integral (médica, social, psicológica, legal)

Cuadro 1. Distribución por sexo

Hospital	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
I.N.P.	24	3	27
H.I.M.F.G.	16	7	23
Total	40	10	50

Cuadro 2. Manifestaciones conductuales y físicas en la infancia n= 43

	Ausencia	Presencia
Miedo generalizado	16	27
Pesadillas	13	30
Agresividad	28	15
Aislamiento	29	14
Enuresis	20	23
Cambios bruscos de conducta	17	26
Bajo rendimiento escolar	27	16
Masturbación compulsiva	39	4
Tocamientos genitales a otros menores	37	6
Dolor genital o anal	36	7
Infección por transmisión sexual	35	8

Cuadro 3. Manifestaciones de conducta y físicas en la adolescencia n= 7

	Ausencia	Presencia
Agresividad	4	3
Aislamiento	5	2
Consumo de drogas-alcohol	5	2
Huidas del hogar	6	1
Conductas autolesivas-suicidas	6	1
Masturbación compulsiva	7	0
Tocamientos genitales a otros menores	6	1
Dolor genital o anal	7	0
Infección por transmisión sexual	4	3

Cuadro 4. Análisis de la versión sobre AS

	Existe versión sobre AS				
	No	Paciente	Cuidador primario	Otros	Total
Infancia	11	27	3	2	43
Adolescencia	1	6	0	0	7
Total	12	33	3	2	50

para precisar el diagnóstico y brindar al menor la protección pertinente.⁸

CONCLUSIONES

En base al trabajo realizado por el subcomité y a lo descrito en la literatura se establecen las siguientes conclusiones:

- a. Es frecuente que las manifestaciones emocionales sean los primeros síntomas de AS.
- b. La versión del niño es el principal motivo por el que los familiares solicitan atención profesional. En ocasiones la sospecha de la madre o de un familiar cercano apoya esta acción.
- c. Es fundamental evitar la re-victimización del paciente. Por ello la entrevista o la exploración genito-anal deben ser las estrictamente necesarias.
- d. El diagnóstico debe ser realizado por un equipo interdisciplinario con experiencia en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes F. Prevalence and sequel of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 1995;19:1039-50.
2. Perea Martínez A, Loredo-Abdalá A, Monroy Villafuerte A, Güicho Alba. El abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredo-Abdalá A. *Maltrato en Niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004. p. 75-102.
3. Finkelhor D. Las experiencias descritas En: David Finkelhor. *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax; 2005. p. 79-105.
4. García-Piña C, Loredo Abdalá A, Gómez JM. Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex* 2009;30:94-103.
5. 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. p. 293-321.
6. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1993;17:67-70.
7. Echeburúa EPC. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood Cuad Med Forense 2006;12:75-82.
8. Finkelhor D. Fuentes de trauma En: David Finkelhor *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax; 2005. p. 155- 66.

Anexo 1. Hoja de registro de casos con sospecha de abuso sexual

Datos de la institución y el paciente

Fecha		
Institución	Domicilio	
Entidad Federativa		
Teléfono y fax		
Nombre del paciente	Registro	Edad
Fecha de nacimiento	Lugar de origen	Sexo
Domicilio		
Teléfono	Nombre del responsable	

Guía clínica

		Sí	No
Edad	Existe versión sobre abuso sexual Paciente () Madre () otra persona _____		
Manifestaciones Emocionales			
Infancia < de 11 años	Miedo Generalizado (oscuridad; estar solo; a la escuela, etc.)		
	Agresividad		
	Aislamiento		
	Enuresis		
	Pesadillas		
Adolescencia de 11 a 18 años	Aislamiento		
	Agresividad		
	Pesadillas		
Alteraciones de Conducta			
Infancia	Cambios bruscos de conducta		
	Bajo rendimiento escolar		
Adolescencia	Consumo de drogas o alcohol		
	Fuga del hogar		
	Autoagresión o conducta suicida		
Comportamiento hipersexualizado			
Infancia	Masturbación compulsiva		
	Tocamiento genital a otros menores		
Adolescencia	Tocamiento genital a otros menores		
Manifestación física			
Infancia	Dolor en área genital o anal		
	Datos de infección por transmisión sexual		
Adolescencia	Dolor en área genital o anal		
	Datos de infección por transmisión sexual		
Observaciones (Síntomas o datos no descritos)			

Nota: No aplicable a pacientes menores de tres años