

Abuso sexual infantil: una alerta para el personal médico de primer contacto

Iván Renato Zúñiga Carrasco*

RESUMEN

El abuso sexual infantil se reconoce internacionalmente como un problema de gran relevancia. Hay dilemas relacionados dentro de la ética forense respecto al tema de la presente revisión, que principalmente son abordados por los profesionales forenses, cuyo trabajo se enfoca en niños y adolescentes, los cuales han obtenido evidencias legalmente útiles para disminuir los riesgos en los niños. Es necesario estudiar más ampliamente las consecuencias en la salud mental de las víctimas de abuso sexual infantil. La evaluación de niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales debe ser precisa para garantizar su validez legal y debe ser realizada con diligencia con el fin de que las presuntas víctimas no experimenten recurrencia. La primacía de los médicos, especialmente pediatras y psiquiatras, es actuar con ética y respeto a los derechos humanos. En situaciones de abuso sexual infantil, los médicos deben ser capaces de reconocer señales de abuso y sus consecuencias físicas, psíquicas y médico-legales. Los profesionales forenses también deben tener conocimientos clínicos. La importancia primordial radica en pediatras, así como todos los trabajadores de la salud de primer contacto para percibir signos y síntomas de posible abuso infantil.

Palabras clave: Niños, pederasta, pedofilia.

INTRODUCCIÓN

El tema de abuso sexual infantil (ASI) es bastante complicado y doloroso de abordar; sin embargo, es actual y corresponde con la realidad de nuestra sociedad. El abuso sexual hacia los niños, sean hombres o mujeres, es una realidad que está dañando en gran medida la vida de estos pequeños y que está manchando moralmente a la sociedad de nuestros

ABSTRACT

Child sexual abuse is acknowledged internationally as an important issue. Related dilemmas of forensic ethics- the subject of this review- figure prominently for practitioners of child and adolescent forensics in obtaining legally useful evidence while minimizing the risk to the child of recurrence. The repercussions of child sexual abuse on victims' future mental health need to be studied better. Evaluation of sexually abused children and adolescents must be accurate to ensure legal validity and be performed with diligence so that alleged victims do not experience recurrence. The primacy of physicians, especially paediatricians and psychiatrists, acting with ethics and respect for human rights. In child sexual abuse situations, just as clinicians must be able to recognize signs of abuse and their physical, psychic and medico-legal implications, so forensic practitioners must also use clinical knowledge. The importance of paediatricians as the first health workers to perceive signs and symptoms of possible child abuse.

Key words: Children, pederast, pedophilia.

tiempos. El personal médico de primer contacto (médico general, médico familiar, pediatra, enfermera, técnico en urgencias médicas y trabajadora social) debe estar capacitado para detectar y saber tratar este tipo de problema que antaño era tabú; en la actualidad, con la facilidad de los medios de comunicación, los abusos a menores de edad van en aumento e incluso existen subregistros de esta problemática. Todo abuso debe ser notificado al Ministerio Público para evitar su ocurrencia, pues, en muchos casos, cuando se reincide en el abuso, se puede llegar al homicidio.

El ASI es considerado un tipo de maltrato infantil caracterizado por contactos e interacciones entre un niño y un adulto. Cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente, estimular al niño o a otra persona, incluye abuso por coer-

* Jefe del Departamento de Epidemiología. Miembro del Comité Local de Investigación en Salud del HGZ 18 IMSS. Playa del Carmen, Quintana Roo.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/maternoinfantil>

ción (con fuerza física, presión o engaño) y el de la diferencia de edad entre la víctima y el agresor, que impiden una verdadera libertad de decisión y hacen imposible una actividad sexual común, ya que entre los participantes existen marcadas diferencias en cuanto a experiencias, grados de madurez biológica y expectativas. Se perciben cuatro tipos de ASI: exposición de genitales por el adulto, molestia, relación sexual y violación. La molestia se refiere a acariciar los genitales del niño o pedirle a éste que acaricie los genitales de un adulto. La relación sexual incluye la relación vaginal, oral o anal no agresiva, a menudo crónica. La violación se define como la relación sexual agresiva y forzada.¹

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente revisión bibliográfica se llevó a cabo a partir de la búsqueda de diversos artículos escritos en: Medscape, Artemisa y SciELO, con el propósito de saber la situación real del abuso sexual infantil, tanto desde el punto de vista clínico, como epidemiológico y preventivo.

EPIDEMIOLOGÍA

Las estadísticas mundiales indican que el ASI representa un importante problema social y de salud en numerosas regiones, pese a que se ha demostrado la existencia de un subregistro del fenómeno. Por ejemplo, España y EUA reportan que alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años. En América Latina más de 20,000 niños de los países más pobres son vendidos a pedófilos de EUA, Canadá y Europa; y más de 10,000 menores entre los 9 y 16 años de edad son destinados a prostíbulos con un precio inferior al de un equipo de video. En México se han detectado ciudades tales como: San Cristóbal de las Casas, Cancún, Acapulco, Puerto Vallarta, Puerto Escondido, Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey y la Ciudad de México, donde existe focos rojos porque el turismo sexual va en incremento.

El INEGI reportó en el año 2006:

- 910,558 hogares en México que sufren violencia económica.
- 2'213,823 familias que reportan maltrato físico.
- 1'292,127 hogares en donde existe algún tipo de agresión no especificada.
- 91,855 hogares que reportan abuso o la agresión no especificada.

En el 2010 se recibieron 18,012 denuncias por maltrato infantil, de las cuales 901 únicamente corresponderían a denuncias referentes al abuso sexual.

El 77% de las víctimas son niñas y el promedio de edad de los menores afectados es de 5 a 7 años.

De los 18,012 niños y niñas maltratados, 901 son abusados sexualmente con una tasa de 5%; hubo cinco entidades federativas que sobrepasaron en porcentaje a la media nacional como lo fueron: Quintana Roo con 1,400 niños maltratados y 147 casos de ASI (10.5%), Jalisco 939 niños maltratados y 85 casos de ASI (9.1%), Michoacán 203 niños maltratados y 15 casos de ASI (7.4%), Sinaloa 2,725 niños maltratados y 180 casos de ASI (6.6%), Yucatán 3,573 niños maltratados y 217 casos de ASI (6.1%).

Podemos estimar que estos estados son los que mencionábamos con el mayor índice de turistas sexuales. El ASI puede ocurrir en la propia familia, las estadísticas señalan que es en el hogar y precisamente a través de aquéllos quienes deberían proteger al niño, en donde se dan mayormente los casos de abuso sexual; de hecho, lo más frecuente es que los niños sean abusados sexualmente por su padre o por su madre, o algún familiar cercano (hermano, hermanastro, tío, primo, abuelo y padrastro). El incesto que se presenta a consecuencia del abuso sexual ocurre generalmente entre padre e hija. Varios estudios han demostrado que el “incesto es un asunto familiar” en el cual muchos tipos de disfunción, al igual que los efectos desinhibidores de drogas y alcohol, desempeñan un papel decisivo. La historia familiar a menudo revela incesto en generaciones previas. La madre se ha descrito con frecuencia como una mujer que no acepta su función sexual como esposa, rechazando a su hija y coludiéndose pasivamente con el padre agresor. El padre se describe de modo típico como autoritario, inmaduro y sexualmente separado de su esposa. Los otros niños en la familia a menudo se dan cuenta del incesto y pueden estar involucrados ellos mismos en la conducta incestuosa. Desde luego también puede suceder fuera de la casa, por ejemplo: por un amigo, vecino, maestro, médico, ministro de alguna religión o algún desconocido que haya visto al niño o a la niña, y que ha estudiado el entorno que rodea al menor; en todas estas partes puede suceder ese abuso sexual. En la escuela es frecuente que sucedan esos abusos sexuales; hay que tener mucho cuidado con los contextos y las circunstancias escolares, porque ahí también se da el abuso sexual: a través de otros compañeros, muchas veces de mayor edad, o incluso puede llegar a suceder a través de algún maestro. Los abusos sexuales generalmente ocurren a lo largo de mucho tiempo, meses o años. Además, al contrario de lo que puede suponer, se producen en todas las clases sociales y son muchas las niñas y niños afectados. Entre el 20 y 30% de las mujeres han sido abusadas sexualmente en su infancia o adolescencia. Alrededor del 15% de niños también lo han sufrido. Sin embargo, el silencio y el secreto que rodea a estas experiencias, y que permite que se sigan repitiendo, nos hace pensar que son casos raros.²⁻⁶

MITOS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

- El abuso sexual ocurre principalmente en la calle.
- Quienes abusan de las niñas y niños son personas extrañas a ellos.
- Quienes abusan son hombres maniáticos, alcohólicos, adictos.
- Se presenta principalmente en sectores sociales más empobrecidos (en verdad se presenta en todos los sectores sin diferencias significativas de unos con otros).⁷

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PSICOLÓGICAS DEL NIÑO QUE HA SIDO ABUSADO

La naturaleza nos enseña que los niños son seres humanos que aún no han despertado a los estímulos sexuales, estos estímulos emergen durante la adolescencia. Así pues, es evidente que los niños de entre 4 y 8 años de edad todavía no han despertado. Cuando no se les ha provocado de forma directa esa estimulación sexual, su mente está totalmente inmadura en ese sentido y no está preparada psicológicamente para hacerle frente al estímulo sexual repetitivo; esto es muy importante, ya que, de lo contrario, evidentemente habrá consecuencias en esa esfera psicológica. Aun los niños de dos o tres años que son abusados sexualmente, a esa edad no pueden saber que la actividad sexual es incorrecta, que alguna persona los está tomando como objeto de placer sexual y que los estimula y sobreestimula sexualmente, por lo que desarrollarán problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente a esta situación.

La mayoría de las niñas y niños que están siendo víctimas no se lo cuentan a nadie, porque creen que la gente va a pensar que no es verdad. A veces desconocen, incluso, el vocabulario necesario para hablar sobre el tema, y por lo tanto, no pueden expresarse adecuadamente. Aunque generalmente no lo expresan verbalmente, sí lo hacen mediante algunos cambios en su comportamiento.²

Debemos ponernos alerta cuando de pronto una niña o niño comienza a manifestar simultáneamente varios de los siguientes comportamientos:

- Se resiste a ir a cierto lugar o a quedarse con cierta persona.
- Aparecen trastornos en su forma de dormir (tiene pesadillas, se orina en la cama, teme dormir sin compañía, necesita una luz encendida durante toda la noche, etcétera).
- Aparecen trastornos en la alimentación (no tiene apetito o tiene mucho apetito de pronto).
- Siente nuevos temores y necesita que se le tranquilice mucho más que antes.
- Retorna a un comportamiento inmaduro, como de bebé.
- Rechaza al padre o a la madre de forma repentina.

- A veces se automutila o intenta suicidarse.
- Puede fugarse de casa para evitar que continúen los abusos.
- Baja su rendimiento escolar y cambia su comportamiento social.
- Realiza actividades riesgosas o peligrosas con un deseo constante de ser lastimado o en ocasiones, de tipo suicidas.
- Un niño que es abusado sexualmente tendrá un interés poco usual en todo lo de naturaleza sexual.
- El niño tratará de evitar siempre cualquier contexto sexual, puede ponerse como algo muy interesante, o como algo totalmente aborrecible, entonces hay niños que reaccionan de distinta manera, pero siempre lo sexual queda desvirtuado en el niño que ha sido abusado sexualmente.
- Depresión o aislamiento de sus amigos y de su propia familia.
- Tiene un comportamiento seductor hacia niños de su propia edad o más pequeños que él, de tal forma que ese pequeño niño ahora puede llegar a ser un factor de riesgo para otros niños.
- El niño dice que tiene el cuerpo sucio o dañado; es muy característico en el niño que ha sido abusado sexualmente; siempre se siente sucio.
- Tiene miedo de que haya algo malo en sus genitales.
- El niño se niega a ir a la escuela, se vuelve en cierta forma antisocial, retraído, individualista y le cuesta trabajo el contacto social.
- Los niños que son abusados sexualmente de pequeños y que no se les da la atención adecuada, tienen mayores probabilidades de llevar una vida dentro del contexto de la delincuencia, o que tengan simplemente problemas de conducta.
- El niño que ha sido abusado sexualmente puede estar plasmando estas cuestiones sexuales en sus dibujos (suelen incluir órganos sexuales exagerados y partes del cuerpo deformadas), juegos (introducen elementos de juego traumático, como vestir y desvestir muñecas una y otra vez, sin que les produzca ninguna diversión), en su imaginación o fantasía, puede tener un comportamiento agresivo más allá de lo normal.
- Excesiva ingestión de fármacos, insomnios, problemas de alimentación, anorexia o bulimia.
- Tienen la sensación que su cuerpo es diferente al de los demás niños, como si sus cuerpos no les pertenecieran.
- Los juegos infantiles típicos suelen carecer de sentido para ellos.
- Sienten que son culpables de lo que les ha ocurrido, y por tanto, necesitan ser castigados.
- Pueden llegar a masturbarse en exceso, manosear la entrepierna de otros niños, tener discursos con comentarios de carácter sexual.
- Muestran una preferencia evidente de estar con niños más pequeños.
- Pasan la mayor parte del tiempo en Internet.
- Hurtan dinero a sus padres.

- Presentan trastornos de tipo disociativo o conversivo.
- Prostitución adolescente.
- Abuso de drogas o alcoholismo.
- Conducta seductora hacia los profesores.

Si una niña o niño de repente cambia y manifiesta varios de estos síntomas, hay muchas posibilidades de que haya o esté sufriendo un abuso sexual. El niño que es víctima de abuso sexual prolongado, desarrolla generalmente una pérdida de autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad. La necesidad de defenderse del agresor o de eventuales agresores se expresa en mil formas. Una de ellas es la forma de vestir. Mujeres que visten masculinamente buscando disimularse para que no las toquen. Niñas que son muy delgadas y empiezan a desfigurar su cuerpo engordando. Andar encogida, encorvada, como queriendo tapar no sólo los pechos que están naciendo -eso es muy frecuente durante la adolescencia-, sino todo el cuerpo, es una posición característica en las adolescentes abusadas. Es probable que llamen la atención de otros pederastas, pues éstos saben identificar el comportamiento relacionado con los patrones de malentendido que siguen los niños.^{7,8}

SÍGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Los síntomas son diferentes dependiendo de la personalidad de cada quien. Hay personas que no lo somatizan, hay personas que ni siquiera lo pueden somatizar: gastritis, ataques de pánico, dolores musculares, vómitos, enuresis. En la esfera física pueden presentar lesiones genitales (traumatismo genital, anal o uretral, hemorragia, prurito, vulvitis, vulvovaginitis, flujo, dolor genital crónico, cuerpo extraño en la vagina), lesiones anales (proctitis, hemorragia, prurito, dolor anal crónico, encopresis, defecación dolorosa, cuerpo extraño en el recto), lesiones urinarias (disuria, infección urinaria recurrente, enuresis y dolor abdominal), lesiones bucales (hematoma en paladar), enfermedades de transmisión sexual (cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS) debe ser considerada como evidencia de abuso, hasta que no se demuestre lo contrario) y embarazo. Toda esta sintomatología no es específica de abuso sexual; de hecho, en niñas con secreciones vaginales, se encontró un abuso sexual en un 11% de los casos, y en las que presentaban flujo vaginal predominaron las infecciones específicas, mientras que en las que no tenían flujo lo hicieron las inespecíficas. Un 15-20% de los niños que han sufrido un abuso sexual pueden presentar algún hallazgo anómalo genital o anal que puede hacer sospechar dicho abuso, pero la ausencia de hallazgos no descarta el abuso sexual, porque puede que no se produzcan lesiones o porque ya hayan cicatrizado.^{9,10}

EXPLORACIÓN FÍSICA

El examen físico transmite confianza, tanto a la familia como al niño, acerca de su estado físico. Se realiza con los siguientes objetivos: detectar lesiones anogenitales secundarias o sugestivas de abuso, detectar signos de abuso o de desatención y detectar trastornos que precisen tratamiento médico. La exploración física debe ser completa y nunca se debe olvidar la cavidad oral. Generalmente, se realiza la exploración genital en posición supina con separación de extremidades. La valoración del himen se realiza mediante separación labial y tracción. En las menores de seis a 11 años, el coito es difícil desde el punto de vista anatómico, ya que la disposición ósea pubiana, en esa edad, constituye una barrera infranqueable; cuando se llega a realizar, ocasiona graves lesiones genitales, a los 12 años el coito produce desgarros del himen. También es útil la posición genupectoral. El colposcopio ha demostrado su utilidad, aunque no es imprescindible, ya que con un simple otoscopio se puede conseguir un aumento razonable. De hecho, no hay mucha diferencia entre los dos métodos. Es de vital importancia observar signos de violencia física, tales como lesiones en cabeza, piel, aparato digestivo, lesiones ósea e indiscutiblemente el área genital. Es importante hasta no descartar lo contrario, cualquier dato de equimosis referida por la madre de aparición súbita. Lo más importante será realizar estudios de gabinete y de laboratorio para poder detectar daño a órganos internos o lesiones ocultas. Muchas veces en el niño no hay señal física de abuso sexual, de modo que una persona que no tenga experiencia en revisar niños, al observarlo podría no creer que está siendo abusado sexualmente. Hay algunas señales que sólo pueden ser reconocidas mediante un examen físico practicado por un médico calificado que sepa realizar ese oficio desde una perspectiva de la integridad sexual, siempre en presencia de la madre o padre del menor.^{9,10}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es un auténtico desafío intelectual para el médico identificar la etiología de los hallazgos encontrados ante una sospecha de abuso sexual. Es tal reto para los médicos, que no siempre están de acuerdo con los hallazgos. El diagnóstico diferencial se debe realizar con diferentes entidades dermatológicas, anomalías congénitas, ureterales, anales, infecciones, lesiones de diferente etiología y otras enfermedades. Ante un eritema o un hematoma en área genital, hay que pensar también en otras causas que se pueden confundir con un abuso sexual, como: dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, causas accidentales, como la caída en horcajadas (muchas veces con testigos, suelen afectar a la parte anterior, el hematoma es en genitales externos y no suelen afectar al

himen), o también en niños por el cierre de la cremallera o porque se les cae la tapa del inodoro; y en enfermedades médicas, como trastornos de la coagulación (púrpuras), en dermopatías como fitodermatitis, lesiones producidas por rascado, sarna, liquen escleroso, liquen simple (dolor genital y hemorragias subependimarias, friabilidad hística, hipopigmentación, prolapsio uretral con sangrado vaginal, disuria), enfermedades infecciosas, como la estreptococia, cuerpos extraños en la vagina e incluso falsas alegaciones, que, en general, deberán sospecharse cuando éste tenga un trastorno mental o esté en medio de una intensa disputa por la custodia o cuando sus declaraciones son inconsistentes o carecen de detalles o cuando no está afectado por lo que relata. Por otro lado, no conviene insistir mucho al niño, pues con preguntas dirigidas, puede cambiar de respuesta o decir lo que el investigador quiera, ya que los niños son muy sugestionables.^{9,10}

QUÉ HACER CUANDO NOS ENCONTRAMOS ANTE UN CASO DE ABUSO SEXUAL

1. Ver por la salud del niño y alejarlo de ese contexto.
2. Cuando hay un caso de abuso sexual y si ocurre en la familia o fuera de la familia, es necesario informarlo a los niveles policiacos adecuados, o cualquier agencia legal que proteja la vida infantil y es muy importante dirigirse a ellos.
3. Los padres del niño abusado deben consultar con algún pediatra o médico familiar quien podrá referirlos a un médico que sea especialista en la evaluación y tratamiento del abuso sexual. El médico que examine al niño podrá evaluar y dar su condición a cualquier problema físico causado por el abuso, esto es importante, el tratamiento médico y el apoyo psicológico.
4. El niño o niña que ha sido abusado sexualmente deberá someterse a una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra de niños o adolescentes o por otro profesionista que esté especializado en el caso.¹¹

EFFECTOS A LARGO PLAZO DE LOS ABUSOS SEXUALES INFANTILES

Las personas jóvenes y adultas que han sido abusadas sexualmente durante su niñez o adolescencia, arrastran problemas a lo largo de sus vidas y suelen necesitar un apoyo o terapia psicológica especializada para superarlos. Los efectos más comunes como consecuencia de los abusos sexuales son:

- Odio al propio cuerpo siempre, se siente sucio(a).
- Persiste la desvalorización personal y pobre autoestima.
- Persiste, estados depresivos, fobias, ansiedad y problemas psicosomáticos.
- Problemas de relación con otras personas, social y sexualmente.

- Miedo a la intimidad e incapacidad para poner límites y autoafirmarse.
- Comportamientos autoagresivos, mutilándose con cortaduras, quemaduras o golpes y realizando intentos de suicidio.
- Establecer muchas relaciones de abuso, incluso de maltrato, los varones victimizados tienden a ser abusadores y maltratadores, mientras que las mujeres victimizadas tienden a ser maltratadas y nuevamente abusadas.
- Juegos más allá del típico mamá-papá o doctor; introducir objetos por la vagina o ano.
- Generalmente hacen dibujos hipersexualizados o no incluyen ojos, genitales o boca. O las niñas se dibujan como adultas, pintadas y con tacones.

Los niños que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, tienen una situación adversa bastante importante, ya que existen estas secuelas no solamente físicas, sino también en el ámbito de la vida sexual, emocional y la cuestión psicológica de los niños que son afectados.

Una niña violada, por ejemplo, puede eventualmente acceder al lesbianismo porque, en cierto momento de su desarrollo, el odio al violador se vuelve odio «a los hombres, que son todos iguales». Si pese a todo se produce algún tipo de relaciones con varones, puede aparecer la frigidez como un mecanismo de defensa inconsciente para, posteriormente, darse cuenta que ante una persona de su propio sexo se siente libre y espontánea. En los varones una violación tiene más posibilidades de afectar su orientación sexual que en las mujeres.

El niño que es víctima de abuso sexual puede volverse muy retraído, perder la confianza en todos los adultos y puede llegar también a considerar el suicidio o incluso cometerlo. Tienen dificultad para establecer relaciones con otras personas, a menos que estas relaciones tengan una base sexual, se le ha enseñado a través de esos abusos, que eso es lo único que sirve. Algunos de los niños que han sido abusados sexualmente se convierten en adultos que abusan a otros niños, se dan a la prostitución o pueden tener otros problemas serios cuando llegan a adultos, es decir, la historia se repite, el que fue abusado, cuando crece quiere también abusar de otros. Es necesario evitar que el niño pueda llegar a ser abusado y si por ciertas circunstancias llega a serlo, lo más prioritario es la atención inmediata y tomar las medidas necesarias; es recomendable decirle al niño que es una persona apreciada y que hay gente que lo ama. El abuso sexual de los niños varones es un tabú y tiene una mayor carga de estigmatización social si se divulga. Por eso, la familia guarda el secreto con mayor esmero. Y también el niño guarda un silencio más profundo y más prolongado.

Hay quienes entran a la policía: siente que el uniforme las protege. Hay quienes se hacen monjas:

sienten que el hábito las encubre. Otras, por el contrario, visten con excesiva provocación: su mecanismo de autodestrucción les lleva al peligro constante. Lejos ha quedado, en apariencia, aquel momento en que, en la escuela, un cambio repentino de actitud dio una señal que nadie supo captar. En otros casos, huyen de la casa con sus novios recién conocidos. Lo importante es escapar. Y al final muchas terminan viviendo en promiscuidad sexual.¹¹

CARACTERÍSTICAS DE LOS AGRESORES SEXUALES Y PEDOFILIA

Los agresores sexuales no siempre son los «viejos rabo verde» que imaginamos. Son personas consideradas «normales» desde casi todos los puntos de vista. Muchas veces son personas respetadas, incluso aparentan firmes valores morales y religiosos. A veces, el agresor es un joven menor de edad. La pedofilia de acuerdo con el DSM-V, la incluye un «periodo superior a cuando menos seis meses, con fantasías, urgencias sexuales, conductas recurrentes intensas que producen excitación sexual, que incluyen actividad sexual con un niño(a) o niños prepúberes (generalmente de 13 años de edad o menores)». La persona debe tener cuando menos 16 años de edad y más de cinco años mayor que el niño. Estos individuos logran que el niño desee el abuso y hasta que sientan placer. No obedecen a un perfil psicológico determinado, pueden ser muy funcionales en algunos ámbitos y no son de personalidades extremas. Son personas inmaduras emocionalmente, con poca capacidad de contactarse con el otro, centradas en sus necesidades. Incluso son valoradas socialmente. La pedofilia puede darse de diferentes formas: con relación a la orientación, puede ser heterosexual, homosexual o ambas; con relación al objeto, éste puede ser exclusivamente pedófilo o no. Algunas conductas de la pedofilia son:

- Exhibirse desnudo delante de la menor con el fin de excitarse sexualmente.
- Observar a la niña vestirse o desvestirse o cuando está en el baño al orinar, etcétera (con el mismo fin).
- Tocarle, besarle, agarrarle.
- Forzarla a ver imágenes o películas, escuchar conversaciones sexuales, posar para fotografías, ver, presenciar y realizar actividades sexuales.
- Sexo oral, anal o vaginal.
- Ser sometida a tratamientos médicos innecesarios.

Es importante, sobre todo, considerar que una conducta es abusiva cuando es vivida y sentida de este modo por la niña, niño o adolescente, cuando es mirada o tocada de un modo que la hace sentirse intimidada. El adulto suele ganarse la confianza y el cariño del niño y, por lo general, es alguien conocido o familiar. Se distinguen dos variantes en

la pedofilia: sentimental homoerótica y agresiva heterosexual. Los sentimentales homoeróticos tienen poco o ningún interés por las mujeres, toda su capacidad sexual se concentra en los niños, concretándose bajo la forma de caricias que le provocan el orgasmo. Los agresivos heterosexuales intentan satisfacer sus impulsos con niñas, con métodos que van desde la seducción a la violencia, terminando (muy pocas veces) en paido-sadismo-criminal. La habilidad de los agresores sexuales y/o pedófilos para lograr mantener sus abusos, su principal arma es el secretismo, el cual sirve para engatusar a las víctimas para tenerlas más cerca, y en última instancia, para que obedezcan y guarden silencio con el fin de evitar el descubrimiento, el arresto y la prisión. Utilizan los sentimientos, temores, deseos, necesidades y emociones de sus víctimas como forma de obtener el control sobre ellas y poder obligarlas a someterse más. En su mayoría los pedófilos son hombres, menos agresivos que los violadores; muchos de ellos son alcohólicos o psicóticos de mente torpe o asociales, y su edad fluctúa entre los 30 y 40 años; generalmente, de fuertes convicciones religiosas. En general, son hombres débiles e inmaduros llenos de culpa. La personalidad del agresor de mediana o mayor edad es de un individuo solitario y con dificultad para establecer relaciones heterosexuales normales, suele tener baja autoestima, con pocos recursos para enfrentar situaciones de estrés y frecuentemente abusa del alcohol y/o sustancias. Por lo general, no presenta trastorno psicopatológico. Sin embargo, se ha visto que dos tercios de los reclusos pedófilos maduros llevaron a cabo esta conducta en momentos que sufrían de situaciones estresantes. El sexo no es la motivación real de los actos perversos de los pederastas, en muchas ocasiones comienzan con el abuso sexual, posteriormente comienzan a crear variantes como es la pornografía infantil en todas sus modalidades.

El pedófilo puede llegar a sentirse culpable, pero no es capaz de detenerse porque adictivamente empieza a necesitar otros niños cerca de él. Poco se sabe de las causas, pero se dice que una de ellas es el aprendizaje de actitudes negativas hacia el sexo, como experiencias de abuso sexual durante la niñez, sentimientos de inseguridad, un hogar autoritario y autoestima baja, con dificultad en relaciones personales, etc., lo que facilita la relación adulto-niño. En cuanto al condicionamiento, éste no se extingue por condiciones gratificantes. La mayoría de estos agresores niegan el abuso con vehemencia. Sólo bajo evidencias legales y presión, algunos aceptan la acusación parcialmente, pero afirman que:

- «No fue nada grave, nada de importancia».
- «No le hice daño».
- «La culpa fue suya».

Cuando se ven descubiertas suelen afirmar que lo sienten muchísimo, que nunca lo volverán a hacer, que ocurrió porque estaban borrachos o drogados. Los agresores sexuales son muy convincentes, hasta tal punto que quizás nos hagan dudar seriamente del menor. Pero recordemos que las niñas y niños no mienten sobre una cuestión tan grave, ya que poco o nada sabían sobre el sexo y su lenguaje. A pesar del remordimiento que puedan sentir los agresores sexuales, sabemos que suelen reincidir y repetir sus abusos, a no ser que intervenga alguien y los frene. Los agresores son personas altamente manipuladoras, prácticamente ninguno desistirá voluntariamente, sino que necesitará una intervención judicial.^{12,13}

TRATAMIENTO

Ante un caso de abuso sexual se debe actuar en tres frentes:

1. Proporcionar al niño atención médica adecuada.
2. Denunciar ante los servicios de protección, ministerio público y/o trabajo social.
3. Asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia.

PREVENCIÓN

Prevenir el abuso sexual es una cosa y crear paranoia social es otra, la prevención del abuso sexual no implica la promoción de sentimientos de desconfianza colectiva e indiscriminada. Precisamente, una de las metas es enseñar a que discriminen y diferencien cuando están siendo objeto de un abuso sexual e incluso de abuso no sexual.

Las siguientes viñetas son algunos ejemplos de posibles respuestas que podrían servir para enriquecer el repertorio de respuestas asertivas de niños y niñas ante eventuales presiones para acceder a situaciones de abuso sexual:

Líneas de presión	Respuestas asertivas
Vamos a jugar solos (cerrando la puerta)	“No me gusta jugar encerrado, abre la puerta o grito”
Te doy un premio y jugamos a que te toco como el médico...	“No quiero jugar este juego”
Abre la puerta, estamos solos, no te va a pasar nada	“No quiero que me toques”
Si le dices a alguien de este juego no te sigo queriendo y no te hablaré	“No quiero abrir la puerta, no tenemos por qué estar solos”
Un extraño le ofrece dulces...	“No me gusta este juego, le contaré a papá y mamá, aunque no me hables”
Están ricos tómalos...	“No me gusta recibir dulces de extraños”
Alguien intenta tocar los genitales...	“Le dije que no deseo, váyase o grito”
Esto es un simple juego, déjate tocar...	“No me toque, usted no tiene derecho, le diré a mi mamá”
Alguien roza sus genitales...	“Éstos, no son juegos para niños, no me quiero dejar tocar... y busca ayuda adulta”
	“Usted no tiene derecho a rozarme con sus genitales”... y se marcha del sitio buscando ayuda adulta

pudieran generar en las víctimas. Educar a la población en general, y específicamente a los individuos en riesgo sobre este fenómeno, crear programas de intervención para el diagnóstico oportuno de factores de riesgo y contribuir a su control o erradicación son formas prácticas de minimizar la incidencia de tan desagradables acontecimientos y de garantizarle a la niñez y la juventud una vida feliz. Las medidas que podrían prevenir el ASI deben incluir el entrenamiento de los profesionales de la salud, maestros y todos aquellos que tengan contacto con niños y adolescentes para que reconozcan y enfrenten el abuso al niño, real o sospechado, al menos con un enfoque de primeros auxilios, fundación de programas de protección infantil y atención a las víctimas; cooperación sistemática entre las agencias médicas, legales, de bienestar infantil y las instituciones de aplicación de la ley; lineamientos para entrevistar y procesar legalmente a los niños maltratados y sus familias, para reducir las algunas veces a las catastróficas consecuencias de los procedimientos de las cortes criminales, y educación continua de los profesionales en campos relacionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Werner J, Milanez WM. Child sexual abuse in clinical and forensic psychiatry: a review of recent literature, Current Opinion in Psychiatry, Hallado en: <http://www.medscape.com/viewarticle/581735>
2. Cárdenas S. El abuso sexual infantil, esperanza para la familia, A.C. Hallado en: <http://www.esperanzaparafamilia.com>
3. Goldman HH. *Psiquiatría general*, 4ed., México, El Manual Moderno; 1996: 446, 447, 494, 495.
4. Redondo FC, Ortiz OM. El abuso sexual infantil, *Boletín Pediatr*, 2005; 45: 3-16.
5. Abuso sexual y pedofilia, Hallado en: <http://www.pediatraldia.cl>
6. <http://www.inegi.gob.mx/lib/buscador/busqueda.aspx?s=inegi&textoBus=ABUSO%20SEXUAL%20INFANTIL&i=&e=&seccionBus=docit>
7. Zabin H. Conversaciones con un pederasta, *Manual para prevenir la pedofilia*, España. MR Testimonio, 2005.
8. Lencioni LJ. Los delitos sexuales, *Manual de investigación pericial para médicos y abogados*, México. Ed. Trillas; 2006: 114-122.
9. Sharieff GQ. Spontaneous bruising in a 2-month-old, Medscape Emergency Medicine, Hallado en: <http://www.medscape.com/viewarticle/575987>
10. Benedito, F. Pornografía infantil en internet, abuso de menores, Hallado en: <http://www.docstoc.com/docs/48288591/PORNOGRAF%C3%8DA-INFANTIL-EN-INTERNET-ABUSO-DE-MENORES>
11. Martínez LO, Serrano PA, Hernández PI. Incidencia de abuso sexual en niños y adolescentes, Hallado en: <http://www.monografias.com>
12. Quezada V, Luzoro J, Neno R, Insunza A. Abuso sexual infantil. *¿Cómo conversar con los niños?* Chile. Ediciones de la Universidad Internacional SEK, 2006.
13. Romero SL. Prevención del abuso sexual infantil. Desde la perspectiva de la promoción de los derechos. Hallado en: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=364>

Correspondencia:

Dr. Iván Renato Zúñiga Carrasco
 Región Núm. 30, Supermanzana 75,
 Manzana 09, Lote 1 de Playa del Carmen,
 Municipio de Solidaridad.
 Tel: 044 984 133 29 57
 E-mail: ivan.zuniga@imss.gob.mx