

Abuso sexual infantil

A b u s o s e x u a l i n f a n t i l

Gabriel Lago Barney

Pediatra, doctorando en Ciencias de la Educación
Director Departamento de Pediatría
Pontificia Universidad Javeriana

Jaime Aurelio Céspedes Londoño

Director
Departamento de Pediatría
Fundación CardiolInfantil - Instituto de Cardiología
Postgrado de Pediatría
colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El fenómeno del abuso sexual infantil es un problema que han soportado los niños y niñas desde siempre y en todas las culturas y que hasta nuestros días es negado o subvalorado por las circunstancias en que se produce. El maltrato sexual a menores es una forma de maltrato infantil.

Cualquier niño de cualquier edad y clase social puede ser víctima de abusos sexuales no siempre evidentes, pues puede tratarse de actos violentos, pero también el agresor se puede servir de promesas o amenazas para ejecutar actos que no dejan huella, o que no implican contacto físico. Además, el abuso sexual infantil comprende formas como la explotación sexual, el turismo sexual con menores y la pornografía infantil.

El abuso sexual suele provocar problemas psicológicos-emocionales que pueden aparecer inmediatamente después de la agresión, en la adolescencia si se produjeron en la niñez o incluso en la edad adulta si el paciente no recibió el tratamiento y las ayudas necesarias.

La víctima de abuso sexual se siente temerosa y no necesariamente comunica el hecho con palabras. También puede expresarlo con cambios en su conducta, temores nocturnos, aislamiento y, sobre todo, muchos niños expresan el gran temor a no ser creídos o a ser culpados o castigados.

Los servicios de Pediatría y de Salud mental tienen un papel relevante en la prevención, diagnóstico y atención de las víctimas abuso sexual infantil, así como de las consecuencias, secuelas físicas y psicoemocionales que este deja.

También, tienen función en la orientación a la familia sobre las implicaciones legales que este acto conlleva, la notificación obligatoria y el seguimiento individual y sistemático a cada caso. Es necesario facilitar un tratamiento integral que implique a la víctima, al agresor y a sus respectivas familias.

El abordaje de este problema requiere el trabajo en equipo multidisciplinario con profesionales idóneos, no solo conocedores del problema, sino con un gran compromiso para trabajar con el niño o niña afectada, sus familias y su entorno en general.

Definición

El abuso sexual constituye una de las principales causas de maltrato infantil, que por sus implicaciones sobre la dignidad de la persona, la genealogía familiar, los efectos morales, sociales y psicológicos merecen un estudio aparte.

El abuso sexual se define como la utilización de un niño o niña con la finalidad de satisfacer o gratificar sexualmente a un adulto o grupo de

adultos. Este se puede presentar en forma de **abuso sexual** propiamente dicho, generalmente propiciado por una figura cercana, de autoridad o cuidador. Cuando es practicado por un familiar consanguíneo se conoce como incesto. Otra forma de abuso sexual es producida por un agresor desconocido por el niño o niña y se denomina **ataque sexual**.

Un tercer tipo es la **explotación sexual**, en la que el niño o niña son utilizados como objetos comerciales. Comprende la prostitución infantil, la pedofilia, el tráfico de niños para turismo sexual y la pornografía con presencia del niño o a través de Internet. También se puede dar en el interior de la familia.

Los tres criterios más utilizados para establecer el concepto de abuso sexual infantil son:

- **Asimetría de edad** de la víctima y del agresor
- **Coerción:** las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima
- **Tipo de conductas sexuales** que tienen lugar entre ambos

Asimetría de edad

La diferencia en edad entre la víctima y el agresor impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

Coerción

El uso de fuerza física, presión o engaño deben ser considerados, por sí mismos, criterios suficientes para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual a menores, independientemente de la edad del agresor.

Tipos de abusos sexuales a menores

Siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez) entre una persona

menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas. Estas se pueden manifestar de la siguiente manera:

- **Con contacto físico**
 - Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto
 - Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano
 - Penetración vaginal o anal con el pene
 - Penetración vaginal o anal con un objeto
 - Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual y exceptuando la penetración
 - Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo
 - Contacto genital oral
 - Involucramiento del niño en contactos sexuales con animales
- **Sin contacto físico**
 - Propuestas verbales de actividad sexual explícita
 - Exhibicionismo: acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada
 - Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas. Ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito o ver pornografía
 - Falsas alegaciones en procesos de divorcio
- **Explotación sexual**
 - Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía
 - Promover la prostitución infantil
 - Turismo sexual
- **Culturales**
 - Ablación quirúrgica del clitoris
 - Casamiento de niños sin su consentimiento
 - Rituales satánicos

Factores epidemiológicos

Existen algunas circunstancias sociales que facilitan la aparición del abuso sexual:

- Vivir separado de los padres biológicos
- La pobreza relacionada con la soledad que presentan algunos niños

- Discapacidad infantil
- Alcoholismo y adicciones en alguno de los miembros de la familia
- Prostitución en casa
- Permanencia temporal de visitas o familiares en casa
- Enfermedad mental
- Presencia de pacientes sospechosos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

En el Estudio Nacional de Niños efectuado en Estados Unidos en 1987 se encontró que la incidencia de abuso sexual en niñas sin factores de riesgo fue de 6%; en los que presentaban un factor la incidencia ascendía a 9%, dos factores a 26% y se elevaba a 68% con tres o más factores.

La información más reciente publicada por UNICEF en su página *web* y según los datos de Medicina Legal es: en 2001 se practicaron 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, de los cuales 8745 se practicaron en mujeres y 1210 en hombres. El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de dieciocho años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%).

En este tipo de abuso contra menores de dieciocho años Medicina Legal constató que en 78% de los casos el agresor era un conocido del niño o niña, especialmente padre, padrastro u otro familiar. También Medicina Legal viene constatando un aumento de las denuncias en los últimos años: de un total de 10.716 dictámenes en 1997 se pasó a 12.485 en 1999, a 13.352 en 2001 y a 14.208 en 2003.

Alteraciones en las víctimas de abuso sexual

El grado de alteración sufrida por un niño víctima de abuso sexual depende de los factores descritos a continuación:

- **Tipo de acto sexual:** se debe distinguir si el abuso se limitó a besos; caricias de los senos o de

los genitales o si se emplearon objetos y si hubo penetración, determinando si la víctima estaba vestida o no y si adicionalmente se practicó sexo oral o anal

- **Frecuencia y duración:** están íntimamente relacionadas con la gravedad de la alteración mental asociada con el abuso o ataque sexual
- **Intensidad de violencia utilizada:** va desde el convencimiento, pasando por soborno y amenaza, hasta la agresión física. En el caso del convencimiento, la víctima se puede sentir complacida, con la probabilidad que se conduzca al menor de edad a la prostitución
- **Relación con el agresor:** se debe determinar la relación entre la víctima y su agresor. Esta relación puede ser de tipo incesto, por conocido que represente figura de autoridad para el niño, por desconocido o como parte de una red de prostitución o satanismo
- **Edad de la víctima:** es fundamental considerar este factor por su implicación sobre la supervivencia, desarrollo posterior o posibilidad de embarazo, entre otros factores
- **Número de agresores:** este factor puede condicionar al niño como culpable de lo sucedido, generando procesos de victimización en edad adulta
- **Efectos de la denuncia:** este factor debe manejarse con precaución debido a que puede revictimizar al niño por el conflicto familiar generado y la actitud de los miembros de la familia y de otras personas que intervengan en el proceso de atención
- **Agresión institucional:** la agresión a la que son sometidas las víctimas por parte de los miembros del equipo multidisciplinario para lograr esclarecer los hechos y tomar las medidas respectivas en muchas ocasiones es más humillante para la víctima y su familia que la violación en sí. De allí la importancia de dividir las tareas y determinar los tiempos para la evaluación de las víctimas en el momento y lugar apropiados por la persona adecuada. La intervención multidisciplinaria coordinada es de gran ayuda para evitar estas situaciones indeseadas

La presencia de estas situaciones está relacionada con la antigüedad del maltrato, generando

en los casos agudos trastornos emocionales con implicaciones en el desempeño en los diferentes contextos, principalmente en el educacional y de aprendizaje. Además, modifica las relaciones sociales.

En los casos recurrentes y de larga data pueden ocurrir trastornos mentales como depresión, suicidio, autoagresiones, pobre autoestima y adicciones de todo tipo.

Según la evolución de estos casos recurrentes se puede observar prostitución, dificultades de pareja, aversión a los contactos sexuales y abortos.

Algunas víctimas pueden reproducir los ciclos de abuso, sobreproteger a sus niños o enclaustrarse.

Finalmente, en el contexto social, las víctimas pueden presentar conductas violentas y antisociales.

Características del agresor

Los casos de abuso sexual no presentan un patrón de definición claro con respecto al nivel socioeconómico.

Los agresores sexuales de los niños son en 85% de los casos hombres, que se dividen en pedófilos y agresores. Los primeros tienen preferencia por los niños y los segundos por los adultos.

Los agresores se dividen en **regresivos**, que permanecen con su preferencia hacia los adultos, pero ante ciertas circunstancias hacen regresiones a edades más tempranas y terminan buscando relaciones con niños. El otro tipo de agresores tiene fijaciones en niños y una preferencia por ellos y se relacionan con adultos que se visten con prendas de niños.

Los patrones más frecuentemente utilizados por los agresores son la seducción, la introversión y el sadismo. En el caso de la **seducción**,

el agresor utiliza en forma sistemática halagos, caricias y regalos, para disminuir la resistencia de los niños y poder efectuar el abuso sexual.

El segundo patrón es el **introvertido**, en el que el agresor, por sus dificultades para entablar relaciones interpersonales, busca congraciarse con alguien que tenga niños o busca trabajar en instituciones donde haya, por lo general, niños muy pequeños y espera la oportunidad para abusar de ellos.

El tercer patrón es el **sádico**, agresor que busca satisfacción mediante producción de dolor en la víctima.

En nuestro medio, estas características no han sido bien determinadas. En el caso de las acusaciones, el comportamiento está mejor definido. El agresor, por lo general, utiliza los siguientes mecanismos de defensa: desmentir, minimizar, justificar, elaborar, simular enfermedad mental, simpatía, agresión o confusión.

En cuanto a **desmentir**, el agresor trata de negar y acusar al niño o sus padres de fantasiosos. En caso de admitirlo, busca inmediatamente **justificación** y como estrategia para mitigar el castigo aclara que no ha recibido satisfacción sexual.

La **minimización** es un mecanismo con el cual se busca hacer ver como insignificantes las acciones y la frecuencia de las mismas en el caso de eventos repetidos.

En la **justificación** se culpa al niño de seducir al agresor o de provocarlo, o se justifica en el caso de los niños dedicados a prostitución por el hecho de estar en ella, aduciendo desconocer la edad de la víctima.

En la **elaboración** se busca confundir moviendo los argumentos dentro de un contexto que busca **justificar**, **minimizar** y negar las acciones.

Muchos de los agresores sexuales pueden o **simulan** tener **enfermedad mental**. De allí la

importancia de una evaluación psiquiátrica de estas personas.

En el caso de la **confusión**, el agresor reconoce la falta pero trata de conmovier apelando a la compasión del entrevistador aduciendo situaciones de soledad o falta de solvencia económica, entre otros pretextos.

Una vez que se determine si el abusador es conocido o familiar se debe proceder a informar a las autoridades y, en caso de falta de garantías para la víctima, se debe solicitar medidas de protección.

Algunos agresores, por lo general muy experimentados en la seducción, buscan agradar al entrevistador como un mecanismo para convencerlos de que son unas buenas personas.

En el extremo opuesto están aquellos agresores que piensan que un buen ataque es la mejor defensa y amenazan al entrevistador con demandarlo por dudar de su reputación, con tendencia a ser violentos.

Elaboración de la historia clínica y evaluación de pacientes con sospecha de abuso sexual

Los objetivos de la evaluación de una posible víctima de abuso sexual son:

- Identificación de lesiones de importancia médica
- Recolección de evidencia
- Detección y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Detección de embarazo
- Apoyo emocional y orientación psicológica
- Apoyo legal

Identificación de lesiones de importancia médica

La evaluación debe ser lo más rápido posible para obtener evidencia antes de las 72 horas y lo

más corta y discreta posible, para no maltratar a la víctima. Es esencial brindar medidas de protección a aquellas víctimas en las que se sospeche que no existen garantías para permanecer en su núcleo familiar.

La metodología recomendada para proceder al examen debe tener en cuenta la idoneidad del examinador, el consentimiento informado para evitar situaciones engorrosas y para hacer sentir a la víctima que tiene el control sobre el examen.

Este examen debe hacerse con la mayor discreción posible, en un área privada y debe contar con un miembro del equipo de salud del mismo sexo en el caso de las niñas, que sirva como colaborador y testigo. En la medida de lo posible debe acompañar a la víctima un familiar a no ser que la paciente diga lo contrario.

La información obtenida durante la entrevista se debe registrar de la manera más literal posible, siendo preferible registrar de manera textual el testimonio de la víctima. En la entrevista se debe obtener información demográfica, el nombre o descripción del presunto agresor y su relación con la paciente, las circunstancias en que ocurrieron los hechos, el lugar, las particularidades de la relación sexual, si hubo violencia física, eyaculación y otras circunstancias después del abuso.

Igualmente, se debe obtener información relacionada con la menarquia, los ciclos menstruales, relaciones sexuales previas con consentimiento o sin él y se debe averiguar sobre la posibilidad de un embarazo, enfermedades venéreas, consumo de drogas o alcohol por el paciente y el agresor.

Se deben establecer las condiciones del entorno del niño y el estilo de vida, que debe contrastarse con los factores de riesgo para determinar los indicadores de mayor especificidad e importancia.

El ambiente en que se desempeña el niño y el examen deben procurar dar apoyo al testimonio del niño y, por sí solos, no son concluyentes de abuso. Esto debido a que con base en el examen físico se podrían escapar 60-70% de casos que no presentan evidencia física a pesar de existir abuso. Lo anterior ocurre por la facilidad de cicatrización; la alta concentración de estrógenos, que hace que el himen sea muy elástico y porque muchas de las víctimas ya han tenido relaciones sexuales previas con consentimiento. No se debe olvidar que muchos de los niños niegan el abuso.

El proceso para averiguar lo que sucedió puede demorar y no se debe presionar al niño para que mencione el nombre del agresor. Este debe salir de manera espontánea, lo cual facilitará entender las condiciones en que ocurrió el abuso.

La información más importante será revelada por la víctima al miembro del equipo con quien mejor empatía establezca. De allí la importancia de la aproximación multidisciplinaria, según la cual el equipo se debe repartir las tareas de aproximación para evitar redundancia, recelo y confusión en la información suministrada a los entrevistadores.

Para el examen de los niños se recomienda contar con los siguientes elementos: una lupa, espéculo, colposcopio, lámpara de Wood y los implementos para recolección de muestras como saliva, semen, cabellos y aquellas para estudio de enfermedades de transmisión sexual.

Durante el examen se debe recolectar la ropa en papel manila, poniendo aparte la ropa interior de la víctima, lo cual sirve para buscar información que ayude a aclarar los hechos a los investigadores. Se recomienda anotar si esta ropa es la que llevaba en el momento del abuso y determinar si la misma ha recibido algún tratamiento, pues es frecuente que la víctima se bañe y lave su ropa después del episodio de abuso.

La importancia del examen radica en la obtención de muestras de semen, cabellos y

otros elementos a los que le puedan practicar estudios genéticos de ADN y de grupos sanguíneos, entre otros estudios.

Al observar las lesiones hay que determinar si estas son recientes o antiguas. Se deben ubicar y dibujar, anotando el tamaño y coloración y, en la medida de lo posible, fotografiar. Estas fotografías deben manejarse con gran discreción para evitar que la víctima se sienta en escarnio público.

Se deben buscar lesiones extragenitales, como excoriaciones, laceraciones, eritemas o signos de ligadura. Estas lesiones ocurren en 27% de las víctimas.

En los lugares en que se sospeche presencia de saliva, hay que recolectar muestras en solución salina que se deben guardar en tubo de ensayo para pruebas. Si se tiene una lámpara de Wood se debe buscar semen, que se identifica por su color azul verdoso o anaranjado. De este material se deben tomar por lo menos dos muestras con hisopo, aplicándolas sobre una lámina y se fijan y se secan preferiblemente con un secador.

Las muestras de cabello son necesarias para implicar o descartar sospechosos, por lo cual se debe obtener muestra de unos veinte cabellos, incluyendo los de la víctima. En el área genital se debe tomar muestra de la región del pubis, cortando algunos vellos púbicos, que deben ponerse en papel servilleta.

Además, se recomienda tomar muestra de la cavidad oral, de los espacios interdentes y de las encías.

Para el examen genital se debe poner a la niña o niño acostado con las piernas en posición de batracio para el examen de los genitales externos o en posición prona con lordosis máxima y relajación de los músculos abdominales.

En la evaluación con espéculo (u otoscopio en lactantes y algunos preescolares) se debe lubricar este con agua y luego de observar las diferentes

estructuras anatómicas anotadas arriba se procede a aspirar las secreciones existentes. La inspección con espéculo está contraindicada en niñas prepúberes por lo doloroso del procedimiento, excepto en el caso de sangrado vaginal. Algunos autores recomiendan este examen bajo anestesia general.

El diagnóstico diferencial del sangrado vaginal en niñas se debe hacer con cuerpos extraños, prolapso uretral, vaginitis causada por estreptococo del grupo A o algunas especies de *Shigella*. Además, se debe tener presente la caída a horcajadas.

Las secreciones obtenidas con hisopo se deben guardar en un tubo de ensayo con 1-2 mL de solución salina para detectar la movilidad de espermatozoides, que se detectan hasta doce horas después de una relación sexual, siendo mayor la sobrevida cuando hay mayor presencia de moco cervical.

Otra muestra se toma en 5 mL para detectar fosfatasa ácida prostática, que se encuentra en altas concentraciones en el líquido seminal y se puede detectar hasta veintidós horas después en casos de abuso sexual y 30 horas después de una relación sexual con consentimiento, aun en ausencia de espermatozoides.

En caso de que el evento haya ocurrido varios días antes, se debe tomar un estudio citológico. En caso de que la víctima esté menstruando, se debe recolectar la toalla higiénica. Después de una semana de ocurrido el evento el examen pierde utilidad en la sala de urgencias.

Posteriormente, se examina la región anal en busca de fisuras o laceraciones. Se toman muestras y se debe practicar tacto rectal observando el tono del esfínter anal, así como la presencia de fisuras o laceraciones.

La colposcopia se recomienda solo en aquellos casos en que no haya muchos indicios, de tal manera que su utilidad se limita a observar

lesiones pequeñas de las mucosas con la ayuda de tinciones con azul de toluidina, el cual tiñe material que contenga ADN en laceraciones. Después de cinco días de ocurridos los hechos, la colposcopia pierde parte de su utilidad.

La claridad, el detalle y la precisión en la utilización de los términos y claridad de los dibujos en la descripción de los hallazgos son fundamentales en el éxito de una investigación por abuso sexual.

Además, la calidad de la muestra, su conservación, registro e identificación (se debe registrar zona de la cual se tomó, fecha, hora y registrar los datos del paciente) son fundamentales en el éxito de la investigación.

La evidencia de trauma o la presencia de semen y espermatozoides se observa en 2-18% de las víctimas.

Otro de los elementos que puede contribuir en el diagnóstico es el empleo de técnicas de dibujo, juego con muñecos y los escenarios que han mostrado en algunos estudios que alrededor de 10% de los niños representan la escena que vivieron. La relación de dibujos de genitales en niños sometidos a abuso es 5,4 veces mayor que aquellos que no lo han sido. Las técnicas mencionadas no constituyen elementos probatorios en este momento.

Recolección de evidencia

Se debe establecer una cadena de custodia de la información desde la toma hasta su examen y posterior almacenamiento, para evitar que se pierda o se cuestione la procedencia y validez de la misma en los juzgados. La custodia incluye los registros de la historia clínica, fotografías y demás material documental que pueda constituirse en elemento probatorio.

La investigación judicial depende en gran medida de la custodia adecuada de los elementos que se constituyen en material probatorio.

De allí la importancia de la recolección y preservación de los elementos para ser aportados en forma adecuada.

Para ello se debe verificar que el material esté apropiadamente identificado y marcado, sin alteraciones y completo. Además, es necesario, identificar los cambios que ha sufrido y garantizar la idoneidad y confiabilidad de los cuidadores de la evidencia.

Estos deben contar con recibos y si es del caso con actas de contenido, relevo y entrega que describan adecuadamente el material, los responsables del manejo cuidadoso y el momento del cambio de la custodia. De lo contrario, se estaría cometiendo un delito de favorecimiento, tipificado en el Código Penal.

Detección y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual

El estudio de ETS sigue los procedimientos normales, tomando las muestras de los sitios correspondientes y realizando los cultivos pertinentes, teniendo en cuenta tres circunstancias:

- La existencia de un primer grupo de víctimas sin antecedentes de abuso sexual
- La tamización para detectar ETS
- La escogencia del antibiótico profiláctico

En el primer grupo se requiere que el clínico no solo identifique la clínica y biología de un microorganismo en particular, sus características epidemiológicas y la sensibilidad y especificidad de los métodos, sino la dinámica y el diagnóstico del abuso sexual.

Se debe tener particular cuidado con los exámenes de laboratorio que con frecuencia dan falsos positivos, por lo cual se recomienda confirmarlos y utilizar los laboratorios considerados patrón de oro como referencia.

Se debe tener presente que la existencia de una ETS agrava la pena del agresor y deteriora

el pronóstico de la víctima. Hasta que no se pruebe lo contrario, toda enfermedad venérea en un preadolescente es abuso sexual.

Por las características de muchas de las ETS en los niños, es difícil determinar si una de ellas fue adquirida en el momento del parto en los menores de dieciocho meses, siendo necesario aclarar los antecedentes maternos antes de solicitar una medida de protección.

Se debe tener presente que enfermedades como el VIH/sida pueden tener períodos de latencia tan prolongados como un año. Igualmente, al momento de la evaluación no todos los niños presentarán sintomatología, por lo que se deben obtener cultivos en los casos sospechosos.

En casos de ataque sexual se aconseja obtener cultivos dos semanas después del abuso y repetir la serología luego de seis semanas.

El tratamiento para evitar enfermedades de transmisión sexual no está recomendado en niños menores que han presentado abuso sexual, pero sí en adolescentes que lo soliciten y debe estar dirigido a prevenir la enfermedad pélvica inflamatoria.

No se recomienda porque la posibilidad de una ETS es baja, por desconocimiento del germen y su período de incubación respectivo y porque un solo antibiótico no cubre todas las posibilidades de infección. Sin embargo, los padres de la víctima pueden exigir la profilaxis. El ataque sexual por varios individuos aumenta el riesgo de contraer una ETS.

El riesgo para adquirir una enfermedad de transmisión sexual después de un abuso sexual para gonococo es 6-12% en adolescentes; para *Chlamydia* 4-17% y para sífilis 0,5-3%. El riesgo para VIH es menor de 1%.

En caso de iniciar tratamiento para las enfermedades que ocurren con mayor frecuencia se recomiendan la siguiente tabla.

Tabla. Estudio y profilaxis para enfermedades de transmisión sexual en víctimas de abuso sexual

ETS sospechada	Tamización	Profilaxis indicada
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Tomar muestras del área rectal, y cultivos uretrales y vaginales	< 45 kg: Ceftriaxona 125 mg IM en dosis única o espectinomicina 40 mg/kg IM en dosis única > 45 kg: Ceftriaxona 250 mg al día o espectinomicina 2 g IM en dosis única
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Solicitar cultivos vulvovaginales, uretrales, rectales y faríngeos	< 45 kg: Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 g) por un día Eritromicina base o etilsuccinato 50 mg/kg en cuatro dosis por 10-14 días > 45 kg: Azitromicina 1 g en dosis única Doxiciclina 100 mg dos veces al día por siete días
<i>Trichomona vaginalis</i>	Examinar la orina para la identificación del organismo y realizar cultivos de secreción vaginal	< 45 kg: Metronidazol 15 mg/kg./día por 7-12 días > 45 kg: Metronidazol 2 g en una dosis o 500 mg dos veces al día durante siete días
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Tomar secreción vaginal y hacer una preparación con KOH	
<i>Treponema pallidum</i>	Realizar VDRL con un seguimiento posterior de 6-12 semanas	Fase inicial de la enfermedad: Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg (hasta 2.400.000) IM en dosis única Enfermedad de más de un año: 2.400.000 UI semanales por tres semanas Afectación del SNC: Penicilina G cristalina 300.000 U/kg/día IV durante 10-14
Virus de papiloma humano	Examen clínico y evaluación histológica de las lesiones. Ácido acético al 10% como ayuda para identificar casos subclínicos	Podofilina al 10 ó 20% durante dos a cuatro horas y retirar
Herpes simple	Obtener cultivos de vulva y cérvix si no hay lesiones presentes	Acyclovir oral 200 mg cinco veces al día por diez días en niños mayores; y tópico (5%) cinco veces al día durante siete días
Hepatitis B	Tomar muestras sanguíneas para serología	Comenzar o completar vacunación contra el virus hepatitis B si no recibió inmunización completa
VIH	Solicitar prueba para medir anticuerpos contra VIH en evaluación inicial, seis, doce y veinticuatro semanas más tarde	Revisar datos epidemiológicos locales de incidencia de VIH/sida y evaluar el riesgo de infección, así como circunstancias del asalto que pudieran modificar el riesgo Consultar a un pediatra experto en el tratamiento de pacientes con VIH/sida si se considera necesario Comentar medidas de profilaxis con los cuidadores y prestadores de servicio, incluso reacciones tóxicas Suministrar suficientes fármacos hasta el control 3-7 días después

Detección de embarazo

La probabilidad de un embarazo en víctimas de abuso sexual es de 5%, siendo probable en 14-17% en víctimas que se encuentran en el período de tres días antes de la ovulación. Al ingreso se deben hacer pruebas de embarazo. Si es necesario se debe repetir la prueba dos semanas después del abuso sexual.

La profilaxis se debe hacer con una píldora anticonceptiva que contenga 50 µg de etinilestradiol: dos iniciales y dos después de doce horas o 30 µg de etinilestradiol: cuatro iniciales y cuatro doce horas después.

Apoyo emocional y orientación psicológica

En el tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual se debe tener presente la sensación de culpa, vergüenza y dolor. La víctima tiende a negar lo sucedido, principalmente si hubo consumo de alcohol o drogas. Se debe invitar a las pacientes a discutir sus sentimientos alrededor del evento para que puedan manifestarlos en forma de ira, lo cual permite mejorar su autoestima.

Algunos pacientes pueden presentar manifestaciones como trastornos del apetito y del sueño, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, enuresis, dolor abdominal, deterioro en el desempeño escolar, signos de depresión e intentos de suicidio.

Algunas observaciones muestran que las víctimas de abuso sexual logran una adaptación alrededor de dos años después del evento, estando asociada esta adaptación con la edad de ocurrencia, la frecuencia, modalidad y circunstancias que mediaron.

En el caso de los abusadores, la mayoría fue víctima de abuso sexual que no recibió ningún tipo de tratamiento, de allí la importancia de ser muy objetivo en el momento de la denuncia y

en la solicitud de aumento de penas sin hacer las evaluaciones pertinentes.

Una vez que se determine si el abusador es conocido o familiar se debe proceder a informar a las autoridades y, en caso de falta de garantías para la víctima, solicitar medidas de protección.

Finalmente, algunos estudios muestran una disminución marcada o desaparición del abuso sexual después de la denuncia del evento. De allí la importancia y obligatoriedad del mismo.

Síndrome de acomodación al abuso sexual

Todo niño que ha sido víctima de abuso sexual trata de restablecer la homeostasis perdida durante la agresión, para lo cual debe manejar las situaciones asumiendo una posición personal. Se han identificado cinco categorías:

- **Secreto:** a los niños se les ha dicho que no cuenten, ya sea por convencimiento, manejo de la culpa, por intimidación o por amenaza
- **Indefensión:** es una actitud que asume la víctima ante la imposibilidad de presentar resistencia ante el agresor. Se tiende a asumir una posición de indefensión caracterizada la mayor parte del tiempo por una actitud de sueño dejando que el agresor haga lo que quiera. Este constituye un mecanismo de defensa para evitar lesiones visibles. Los niños que asumen esta postura de acomodación son inseguros, se victimizan y pierden su bienestar mental con gran facilidad
- **Incitación:** mientras que en los dos casos anteriores el niño no tiene un papel activo, en este lo hace bajo presiones determinadas por la necesidad de proteger a otras posibles víctimas, ya que el agresor le ha dicho que lo hará con otros niños menores si no accede a tener relaciones

Además, el niño puede sentir que al acceder está protegiendo a otros miembros y la integridad de la familia. Estos niños tienden a escapar de los sitios donde son agredidos y desarrollan diferentes personalidades (desórdenes de personalidad múltiple)

- **Denuncia tardía y retracción:** se da en condiciones de situaciones conflictivas en casa, en presencia de un receptor sensitivo y receptivo a los problemas del niño o cuando desaparece el abuso (muchas veces después de divorcios). Se hace a través de líneas telefónicas o por medio de estrategias educativas que les permitan denunciar
- **Retracción:** la confusión generada por un caso de abuso sexual en la víctima le genera sensaciones de ambivalencia, culpa e inseguridad, que unidas a la preferencia en el adulto de que el niño está mintiendo en lugar de estar siendo víctima de abuso sexual, produce una situación que lleva a la víctima a retraerse

Estas situaciones llevan a que los niños víctimas de abuso sexual tomen diferentes posturas como autodestrucción o mutilación que lo conduzca a buscar ambientes peligrosos, de promiscuidad o de libertinaje total.

También puede convertirse en un manipulador de niños para ser inducidos a la prostitución puede rechazar al familiar no implicado interpretando que no recibió protección de este, suponiendo que sabía.

Además, se pueden presentar comportamientos antisociales como vandalismo, agresividad u otras conductas como alcoholismo, adicciones a drogas o reproducción de su conducta con personas indefensas o menores.

Apoyo legal

El trabajo multidisciplinario y las medidas asistenciales y preventivas son fundamentales en la detección de la violencia, el abuso y maltrato infantil, y facilitan el manejo y minimización de nuevos episodios violentos y evitan la victimización crónica.

El terapeuta y el trabajador social deben explicar a todos los miembros de la familia, y al autor del hecho violento, que el daño provocado a la víctima es profundo y con consecuencias personales, familiares y jurídicas imprevisibles por

la índole de la conducta, principalmente porque ese daño ha sido efectuado intencionalmente por un miembro del mismo grupo familiar.

La intervención de la institución resulta clave en la supervivencia del niño. La escuela y los centros de salud constituyen, mediante el diagnóstico temprano y tratamiento, factores determinantes en la protección y respuesta oportuna y efectiva a la situación del niño víctima de abuso o maltrato.

Del principio de solidaridad se deriva el deber de denunciar, como una de las acciones que pone en movimiento el aparato de la justicia, llámese juez, defensor, comisario, policía, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General, entre otros, y demanda protección ante cada caso concreto.

El Código del Menor parte de la necesidad que tiene el aparato institucional, inclusive el aparato judicial, de conocer la noticia como factor determinante en el control y represión de las conductas abusivas o de maltrato contra los niños. En sus artículos 32, 33 y 35 se refiere específicamente al deber de denunciar.

Del texto se desprenden claramente tres elementos: la obligación de “toda persona” de dar aviso como mínimo al Defensor de Familia más cercano, cuando tenga conocimiento de niños en situación de peligro.

Hay obligación de los directores de centros hospitalarios o asistenciales de informar sobre los casos de maltrato, con sanciones por el incumplimiento u omisión del aviso. Se tiene, en principio, una obligación ineludible como personal de la salud, o simples ciudadanos de poner en conocimiento de la autoridad competente los hechos que atenten contra los derechos de los niños y las niñas.

El rol del director, articulado con el de sus profesionales, está enmarcado en la necesidad de generar un proceso de renovación cultural

en la manera de relacionarse con los niños y en la manera como las distintas disciplinas dialogan y asumen el fenómeno del abuso y maltrato infantil.

La respuesta de la autoridad competente debe ser tal que garantice no causar más daño al niño o niña del que ya trae consigo. Por el contrario, la respuesta debe constituirse en una experiencia de buen trato, de respeto, de eficiencia y de garantía para la efectividad de los derechos de un sujeto que demanda justicia y protección prioritarias, tanto de la familia, como de la sociedad y el Estado.

Aunado a lo anterior es preciso revisar algunas normas del Estatuto Penal que se ocupan también de la obligación de denuncia por parte de los servidores públicos. El artículo 153 tipifica el abuso de autoridad por omisión de denuncia: *El servidor público que teniendo conocimiento de la comisión de un delito cuya averiguación deba adelantarse de oficio, no dé cuenta a la autoridad, incurrirá en pérdida del empleo* (las investigaciones de oficio son aquellas que deben adelantar las autoridades competentes una vez que tienen conocimiento de una conducta punible, sin necesidad de esperar demanda o solicitud de terceros).

El artículo 150 consagra el prevaricato por omisión: *El servidor público que omita, retarde, rehúse o deniegue un acto propio de sus funciones incurrirá en las penas previstas en el artículo anterior* (prisión de 3-8 años, multa de 50-100 salarios mínimos legales mensuales vigentes e interdicción de derechos y funciones públicas hasta por el tiempo de la pena impuesta). Un acto propio de las funciones, según la norma, es precisamente dar aviso a la autoridad competente de los hechos que vulneran los derechos de los niños y niñas.

Por su parte el Código de Procedimiento Penal (CPP) en el artículo 25 consagra el deber de denunciar: *Todo habitante del territorio colombiano mayor de 18 años, debe denunciar a la autoridad los*

hechos punibles de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio.

El servidor público que por cualquier medio conozca de la comisión de un hecho punible que deba investigarse de oficio iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

La única hipótesis que consagra la ley para la exoneración al deber de denuncia está contemplada en el artículo 26 del CPP: *Nadie está obligado a dar noticia o a formular denuncia contra sí mismo, contra su cónyuge, compañero o compañera permanente o contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, ni a denunciar los hechos punibles que haya conocido por causa o con ocasión del ejercicio de actividades que le impongan legalmente secreto profesional.*

Esta norma es capital, toda vez que el maltrato infantil y las características del agresor, conllevan un impedimento afectivo y hasta moral para la denuncia. Generalmente, tanto la víctima como los otros miembros del grupo familiar hacen ingentes esfuerzos por ocultar la realidad y encubrir al agresor, amparados por la ley. De ahí la importancia del papel del funcionario que recibe al niño o niña agredido, quien se constituye prácticamente en la única posibilidad o esperanza para ese niño o niña de detener el abuso o el maltrato.

Finalmente, si el diagnóstico del abuso o maltrato, en cambio de ser individual se constituye en un concepto plural, desde diversas disciplinas y experiencias no solo habrá menos posibilidad de error y mayor certeza sobre el diagnóstico, sino que la carga que sobreviene por el aviso a la autoridad competente se distribuye de manera que sea posible asumirla sin mayores tensiones.

El concepto, el examen, la labor, el diagnóstico y el pronóstico que el médico, el terapeuta,

la enfermera y el trabajador social, entre otros, hacen de cada caso constituyen sin duda alguna medios de prueba que en un momento determinado orientarán la investigación y la decisión de la autoridad competente, relativa a la vida del niño o la niña.

El artículo 248 del CPP establece como medios de prueba la inspección, la peritación, los documentos y el testimonio. Los indicios se tendrán en cuenta en el momento de efectuar la apreciación de las pruebas siguiendo las normas de la sana crítica.

Lecturas recomendadas

AMA. Council of Scientific Affairs. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *JAMA*, 1985; 254(6): 796-800.

American Academy of Pediatrics. Enfermedades de transmisión sexual en niños y adolescentes. En: Pickering LK (ed). *Libro Rojo. Memoria del Comité de Enfermedades Infecciosas para 2003*. 26ª ed. México: Intersistemas; 2004: 172-183. Disponible (septiembre 12 de 2006) en: http://aapredbook.aappublications.org/cgi/spanish_pdf/2003/1/2.8.pdf?ck=nck

Congreso de la República de Colombia. *Proyecto de Ley estatutaria 085 (Reforma del Código del Menor)*. Disponible (septiembre 12 de 2006) en: <http://www.alianzaparlaminez.org.co/fileadmin/documentos/Alianza/TEXTUALPROYECTOLEY085.pdf>

Durán E, Acero GA, Torrado MC. *Niñez, estado del arte 1990-2000*. Bogotá: DABS, Universidad Nacional; 2003.

Gushurst CA. Child abuse: behavioral aspects and other associated problems. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50(4): 919-38.

Helfer RE, Kempe RS (ed). *The battered child*. 4ª ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1987.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Reglamento técnico para el abordaje integral forense de la víctima en la investigación del delito sexual*. Disponible (septiembre 12 de 2006) en: <http://www.medicinalegal.gov.co>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Delitos sexuales*. Disponible (septiembre 12 de 2006) en: http://archivos.medicinalegal.gov.co/paginaneuz_crnv/crnv_ppal1.htm

MMWR. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (RR6): 71-73.

ONU. *Objetivos de Desarrollo para el Milenio*. Disponible (septiembre 12 de 2006) en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

Posada JA, Torres Y. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.

The Lancet series: Child survival. *Lancet* 2003; 361 y 362. Disponible (junio 29 de 2006) en: http://www.thelancet.com/collections/series/child_survival

República de Colombia. Defensoría del Pueblo. *La situación de la niñez explotada sexualmente en Colombia*. Bogotá: Defensoría del pueblo Serie Fémina número 6; 1995.

República de Colombia. DANE. *Censo general 2005*. Disponible (septiembre 12 de 2006) en:

http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=34&Itemid=146

UNICEF. Abuso sexual infantil en Colombia. Disponible (septiembre 12 de 2006) en: <http://www.unicef.org/colombia/08-abus.htm>

examen consultado

6. Entre las conductas sexuales que son consideradas como abuso sexual se incluyen
 - A. observación de coito de los padres
 - B. falsas alegaciones en proceso de divorcio
 - C. tocar o acariciar los genitales de otra persona
 - D. involucrar al niño en contactos sexuales con animales
 - E. todas las anteriores
7. Al respecto del abuso sexual en Colombia, del total de dictámenes sexológicos
 - A. 86% se hacen en menores de dieciocho años
 - B. en 50% el agresor era conocido
 - C. se viene registrando un descenso en las denuncias desde 1997
 - D. todas las anteriores
 - E. ninguna de las anteriores
8. Con respecto a la cadena de custodia, esta
 - A. se establece desde el examen inicial hasta entrega a fiscalía
 - B. incluye los registros de la historia clínica, fotografías y demás material documental que pueda constituirse en elemento probatorio
 - C. tiene como objetivo evitar que se pierda o se cuestione la procedencia y validez de la información y evidencia recolectada en los juzgados
 - D. a y b
 - E. todas las anteriores

examen consultado

9. Ante el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual se recomienda el uso de
- A. cefepime, azitromicina, metronidazol
 - B. ceftriaxona, azitromicina, metronidazol
 - C. penicilina, tinidazol, albendazole
 - D. todas las anteriores
 - E. ninguna de las anteriores
10. En una víctima de abuso sexual con alto riesgo de embarazo se recomienda
- A. etinilestradiol x 50 μ g: dos iniciales y dos después de doce horas
 - B. etinilestradiol x 30 μ g: cuatro iniciales y cuatro doce horas después
 - C. a y b
 - D. no hacer ninguna acción por ser ilegal
 - E. ninguna de las anteriores