

Abuso Sexual en la Infancia y Adolescencia

Sexual Abuse in Childhood and Adolescence

Dra. María Cristina Ocampos de Godoy^(*)

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de abuso sexual en la infancia y la adolescencia, edad de las víctimas, tipo de agresión y sexo, lesiones y complicaciones, características de los agresores y procedencia de las denuncias en dos periodos estipulados: junio 2003 a junio del 2004 y agosto de 2004 a junio de 2005 en el Hospital Policial Rigoberto Caballero de Asunción, Paraguay.

Material y Métodos: Diseño longitudinal retrospectivo y descriptivo. Se realizó revisión del libro de denuncias de agresión sexual y se analizó el protocolo del mismo: Filiación, anamnesis haciendo énfasis en antecedentes de la agresión (lugar, relación de vínculo entre víctima y agresor, estrategias utilizadas por el agresor, acciones realizadas y tiempo transcurrido desde el hecho), examen físico general, examen físico del área afectada, descripción de las lesiones halladas, obtención o no de muestras para el análisis forense, detección y profilaxis de embarazo.

Criterios de inclusión: Niños y adolescentes de 0 a 19 años para el periodo julio 2003- julio 2004 y de 0 a 18 años para el periodo Agosto 2004- junio 2005 con antecedentes de agresión sexual asentados en el libro de denuncias.

Criterios de exclusión: Denuncias de violencia física de otra índole mayores de 19 años para el primer periodo y mayor de 18 años para el segundo periodo. Denuncias con datos incompletos.

Resultados: Número total de casos en 24 meses fue de 983: 486 en el primer periodo y 497 en el segundo periodo. Predominó el sexo femenino (87,3%) afectando principalmente al grupo preadolescente. La edad más baja encontrada fue de 11 meses, sexo femenino.

La mayoría pertenecía a familias disfuncionales y de estrato social bajo. La relación de las víctimas con el agresor en el primer periodo no se estableció con exactitud por ausencia de datos, por ello la casilla correspondiente a no contesta es la más alta.

En el segundo periodo el agresor conocido 30% y familiar 29% predominan.

El examen físico: Fue normal en 506 casos (51,4%) y no normal 435 casos (44,2%)

Procedencia de las denuncias: Casi en su totalidad del Departamento Central

Conclusión: Es importante el desarrollo de un protocolo nacional para atención del abusado sexual, desarrollar

estrategias de prevención y capacitar al médico para este tipo de agresión.

Palabras claves: abuso sexual, protocolo, lesiones genitales, prevención.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of sexual abuse in childhood and adolescence, age of the victims, type of aggression and sex, lesions and complications, characteristics of the assailants and geographical origin of the report in two time periods: June 2003 to June 2004 and August 2004 to June 2005 at the Rigoberto Caballero Police Hospital in Asuncion, Paraguay.

Materials and Methods: Longitudinal retrospective and descriptive design. Record books of reports of sexual aggression were reviewed: identification, anamnesis with an emphasis on the aggression (place, relationship between victim and assailant, strategies used by the assailant, measures taken and time since the attack), general physical exam, examination of the affected area, description of lesions found, taking of samples or not for forensic examination, pregnancy detection and prevention.

Inclusion criteria: Children and adolescents from 0 to 19 years of age for the period from July 2003 to July 2004 and from 0 to 18 years of age for the period from August 2004 to June 2005 with a history of sexual aggression in the reports book.

Exclusion criteria: Reports of other forms of physical violence, victims over 19 years of age for the first period and over 18 for the second period. Reports with incomplete data.

Results: There were 983 cases in 24 months: 486 in the first period and 497 in the second. Most victims were female (87.3%), and most were preadolescent. The youngest age was 11 months, a female.

Most were members of dysfunctional families and of low social stratum. The relationship between the victim and assailant was not precisely established in the first period due to a lack of data. In the second period the assailant was an acquaintance in 30% and a family member in 29% of cases.

Physical exam: This was normal in 506 cases (51.4%) and not normal in 435 cases (44.2%).

Almost all reports were from the Departamento Central.

Conclusion: It is important to develop a national protocol for the care of the sexually abused, develop prevention strategies and train physicians for this type of aggression.

Key words: sexual abuse, protocol, genital lesions, prevention

^{*}) Médico Pediatra. Coordinadora de Sala de Internados de Pediatría – Hospital Policial Rigoberto Caballero
MCOcampos@gmail.com

INTRODUCCION

El abuso sexual se define como "la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares" (1)

Es un problema grave y cada vez más frecuente; la incidencia real del abuso es desconocida; dada la tendencia aún hoy en día a la subdeclaración, y a pesar de esto se comprueba a diario el aumento del número de casos y que la edad de las víctimas cada vez es menor.(2)

El abuso sexual puede causar secuelas a corto y a largo plazo; se estima que el 5% de los niños que tuvieron este padecimiento adquieren enfermedades de transmisión sexual (ETS); y a la inversa el diagnóstico de una ETS antes de la pubertad debe hacer sospechar la existencia de abuso sexual.(3-5) Cada vez se constatan más alteraciones psicológicas y dificultades para la integración social de las víctimas de abuso.(6-9)

El diagnóstico de abuso es difícil, ya que en muchos casos se carece de datos objetivos; debe estar basado en la historia clínica, la exploración física y las exploraciones complementarias. Con este fin en varios países se han creados unidades de atención a los niños abusados sexualmente y se han establecidos protocolos de atención y actuación.(2-4,9)

La exacta prevalencia de abuso sexual no se conoce en nuestro país; la falta de un protocolo implementado a nivel nacional y de un centro de referencia preparado para recibir a este tipo de víctimas, lleva a estadísticas poco confiables y a una vaga definición del problema; sin embargo en los últimos tiempos su análisis y denuncia ha cobrado gran importancia, por lo que el pediatra general debe informarse adecuadamente de las claves diagnósticas y del plan apropiado para enfrentar este complejo desafío médico legal.

Este trabajo fue realizado en base a datos recabados en el Hospital de Policía Rigoberto Caballero, centro al que llegan la mayoría de las denuncias, ya que el mismo ha sido calificado como de "referencia", sin serlo. El número de denuncias crece día a día llegando las mismas a más de un caso por día (40 casos promedio al mes).

Desde mayo del 2003 se ha puesto en práctica en este hospital un protocolo de denuncias que ha contribuido en parte a que las estadísticas fueran reales, sin embargo, el mismo no tuvo continuidad por algunos meses y en ocasiones no fue completado satisfactoriamente ya que las víctimas llegan a un centro de urgencias donde el personal médico, además de atender a sus propios pacientes debe realizar el diagnóstico del atentado y recoger muestras forenses.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de abuso sexual en la infancia y la adolescencia, edad de las víctimas, tipo de

agresión y sexo, lesiones y complicaciones, características de los agresores y procedencia de las denuncias en dos periodos estipulados junio 2003 a junio del 2004 y agosto de 2004 a junio de 2005.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño longitudinal retrospectivo y descriptivo. Se realizó revisión del libro de denuncias de agresión sexual y se analizó el protocolo del mismo: Filiación, anamnesis haciendo énfasis en antecedentes de la agresión (lugar, relación de vínculo entre víctima y agresor, estrategias utilizadas por el agresor, acciones realizadas y tiempo transcurrido desde el hecho), examen físico general, examen físico del área afectada, descripción de las lesiones halladas, obtención o no de muestras para el análisis forense, detección y profilaxis de embarazo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños y adolescentes de 0 a 19 años para el periodo julio 2003- julio 2004 y de 0 a 18 años para el periodo Agosto 2004- junio 2005 con antecedentes de agresión sexual asentados en el libro de denuncias. Se decidió limitar a 18 años el ingreso en el protocolo coincidente con el cambio de la mayoría de edad establecido por ley.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Denuncias de violencia física de otra índole mayores de 19 años para el primer periodo y mayor de 18 años para el segundo periodo. Denuncias con datos incompletos.

RESULTADOS

En 24 meses de estudio fue registrado un total de 983 casos correspondiendo 486 casos al primer periodo y 497 casos al segundo periodo, lo que revela un promedio mensual de 37,3 casos para el primer periodo y 45, 1 casos en el segundo periodo (*Tabla 1*)

En Junio del 2005 sin embargo, se supero ampliamente el registro de casos denunciados por mes, probablemente debido a la gran difusión hecha por los medios de comunicación a casos de abuso sexual lo cual animó a la población afectada a realizar las denuncias.

En relación a la edad de las víctimas en el primer periodo, la mayoría se presentó en el grupo de 12 a 16 años, seguido de 4, 6 y 7 años respectivamente.

El mínimo de edad encontrado fue de 1 año y 2 meses de sexo masculino y con lesiones evidentes de abuso. En el segundo periodo, el mayor porcentaje correspondió al grupo de 12 a 15 años, seguido del grupo de 6, 9 y 18 años. El mínimo de edad hallado fue de 11 meses, sexo femenino con lesión evidente (*Tabla 2*)

El sexo femenino fue mayormente afectado 869(983) correspondiente al 88,4%, mientras que el masculino fue de 114(983) 11,6%.

Tabla 1- Estadísticas sobre coacciones sexuales**Número total de casos registrados**

| Julio 2003 – Julio 2004 | Agosto 2004 – Junio 2005 |
|-------------------------|--------------------------|
|-------------------------|--------------------------|

| | |
|-----|-----|
| 486 | 497 |
|-----|-----|

Hacen un promedio mensual de

| | |
|------|------|
| 40,5 | 45,2 |
|------|------|

Aclarando que no existieron normas para valorar el tipo de lesión, dependiendo esto exclusivamente del examinador, se encontraron los siguientes datos. En ambos periodos estudiados (24 meses) se encontró lesión en 473(983) 48,1% y sin lesión en 478(983) 48,6%. No consta en 32(983) 3,2%. (Tabla 2). Sólo en el segundo periodo estudiado con 497 casos, se incluyó la siguiente clasificación de las lesiones en: recientes (dentro de las 72 hs) 97(497) 19,5%; antiguas 129(497) 25,9%, sin lesión 252(497) 50,7%, no consta 11(497) 2,1% y no colabora 8(497) 1,8% (Tabla 3).

Al establecer el vínculo del agresor con la víctima se encontró que: en el primer periodo hubo un inadecuado llenado de datos por lo cual el ítem no consta representó el mayor porcentaje, los datos recolectados revelan: familiares 14% y desconocidos 10,6%. En el segundo periodo encontramos como victimarios conocidos 30%, familiar 29% y desconocidos 12,6% (Tabla 2). Referente a los agresores dentro del ámbito familiar se vio que 48(497) 9,6% correspondió al padre de la víctima, 23(497) 4,6% fue el padrastro y 76(497) 15,25 fueron otros familiares (Tabla 4).

La prevalencia geográfica de las denuncias estuvo

representado por Asunción con el más alto porcentaje seguido por San Lorenzo, Capiatá, Fernando de la Mora, Luque, y Nemby todos del Departamento Central.

DISCUSION

El abuso sexual en la niñez y adolescencia es un fenómeno cada vez más reconocido en nuestro medio y su denuncia va tomando conciencia a nivel nacional.

Los datos estadísticos permiten comprobar que existen similitudes a la de otros países a pesar del subregistro que aun adolecen, posiblemente por falta de adecuada concientización para denunciarlas o falta de confianza en los estamentos pertinentes.

Los resultados encontrados por edad, muestran que todas las franjas etáreas tienen riesgo. Coincidiendo con otras fuentes los porcentajes más altos fueron encontrados en edades de 12 a 16 años, con repuntes en edades como 4, 6, 9 años. Sabemos que la edad de mayor riesgo es la etapa puberal, probablemente porque ya existen cambios en el desarrollo físico y sexual (10-15).

Otra publicación sin embargo cita que aproximadamente la tercera parte las víctimas son

Tabla 2- Características de las víctimas de agresión sexual

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| Sexo | | | |
| | Femenino | 869 | 88.4% |
| | Masculino | 114 | 11.6% |
| Edad | | | |
| | Promedio | 11-16 años | |
| | Edad más baja 11 meses (fem.) | | |
| Relación Víctima – Agresor | | | |
| | Conocido | 221 | 22.5% |
| | Desconocido | 115 | 11.7% |
| | Familiar | 212 | 21.6% |
| | No consta | 435 | 44.2% |
| Lesiones | | | |
| | Con lesión | 473 | 48.1% |
| | Sin lesión | 478 | 48.6% |
| | No consta | 32 | 3.2% |

Numero de casos: 983- Julio 2003-Julio2005

Tabla 3- Estadística de los reportes por lesiones

| Reciente | Antigua | Sin lesión | No consta | No quiere |
|--------------------------|---------|------------|-----------|-----------|
| 97 | 129 | 252 | 11 | 8 |
| 19,5% | 25,9% | 50,7% | 2,1% | 1,6% |
| Total de casos: 497 | | | | |
| Agosto 2004 - Junio 2005 | | | | |

Tabla 4- Abuso por agresor familiar

| | | |
|--------------------------|----|-------|
| Padre | 48 | 9,6% |
| Padraastro | 23 | 4,6% |
| Parientes | 76 | 15,2% |
| Total de casos: 497 | | |
| Agosto 2004 - Junio 2005 | | |

menores de 6 años, otro tercio tiene entre 6 y 12 años y el tercio restante 12 - 18 años. (13)

Las estadísticas muestran que los abusos perpetrados hacia el sexo femenino superan ampliamente en cifras a los masculinos: 88.4% contra 11.6% coincidiendo con nuestro hallazgo. Sin embargo, cabe destacar que el porcentaje que corresponde al sexo masculino supera al de otras bibliografías que mencionan 3 al 6% (11,12)

En 1993 en EE. UU. se reportaron 330.000 casos de los cuales 150.000 fueron comprobados (10). Una encuesta anónima en adolescentes reveló que casi el 20% tuvo un episodio de contacto sexual forzado y que solo la mitad lo había revelado a alguien; 84% conocía al agresor (11)

Al analizar la relación víctima - agresor un factor que influye en el abuso sexual es la cercanía, cuanto mejor se conozcan la víctima y el agresor, mayores serán la duración, intensidad, grado de agresión sexual y consecuencias psicológicas (12-14). Esto se ve reflejado en los datos estadísticos que así lo comprueban.

Es común que los agresores sean personas conocidas y gocen de la confianza de las víctimas (11-15)

En este trabajo al estudiar por separado a los agresores no coincidimos con otras series donde los padrastras son agresores más frecuentes que los padres (11-13). La prevalencia de los padres es del 9.6% vs. el 4.6% representado por padrastras.

Otro criterio propuesto por diversos autores (12-15) para la detección del maltrato sexual es el referente al tipo de familia al que pertenece la víctima, si ella es desintegrada o disfuncional existe mayor vulnerabilidad para este tipo de ataque. Éste hospital recibe las denuncias de personas de un estrato social (la mayoría) muy bajo, con niños y adolescentes en alto riesgo de sufrir este tipo de agresión. Pero no debemos olvidar que todas las personas de cualquier estrato social, aparentemente normales pueden ser agresores sexuales; la idea de que solo seres violentos, depravados, antisociales y trastornados pueden abusar sexualmente de un menor es

un prejuicio general.

El examen físico representa un reto para el examinador, aún para el más calificado. En nuestro medio la capacitación está dada en la mayoría de los casos por la frecuencia de los casos vistos y en ocasiones por la curiosidad del médico.

Adams y colaboradores consideran que las lesiones encontradas varían entre el 16%-90% según el caso, edad, definición de lo normal y anormal y la persona que realiza el examen. Aquí debemos resaltar las estrategias utilizadas por los agresores para no causar daño a los niños pequeños, la elasticidad del himen en la etapa puberal y las denuncias tardías que posibilitan el borrado de las lesiones en muy poco tiempo (10-12,15,16). En nuestra casuística las "lesiones" encontradas fueron 435 casos, lo que representa el 44.2%, casi similar al ítem "sin lesiones"; 506 casos que representan el 51.4%.

Procedencia de las denuncias: Casi en su totalidad Asunción y el Departamento Central. Es posible que en lugares mas alejados exista menor conciencia para la denuncia de abuso.

El embarazo a causa de una violación es una tragedia para muchas adolescentes quienes sufren traumas de toda índole (13,17), su riesgo global después de un ataque sexual es de hasta el 5% por lo que la profilaxis del embarazo es recomendada dentro de las 72 horas siguientes al ataque. Nuestro hospital ofrece anticoncepción de emergencia sólo con el uso de progestágenos con consentimiento de los padres en caso de que la afectada fuera menor, 23 casos en 24 meses.

Las estadísticas de julio de 2004 a junio de 2005 con un protocolo mejor realizado ya permite encasillar las lesiones en recientes (dentro de las 72Hs.): 97 casos y antiguas: 129 casos; esto es de mucha importancia para el paciente ya que permitirá implementar el tratamiento para la prevención de enfermedades potencialmente transmisibles por vía sexual (16-20).

Hasta el cierre de este trabajo muy pocos pacientes han recibido tratamiento específico para

enfermedades de transmisión sexual por ausencia de protocolo, más se han derivado para solicitar análisis de laboratorios tales como hepatitis B, HIV o Gonococcia. Se han encontrado en 24 meses 4 casos de condilomatosis, 5 gestaciones y drogadicción en 6 casos. Ningún paciente retornó para su posterior seguimiento ya que nuestro hospital sirve solo para el diagnóstico de esta agresión.

Es importante también conocer que la ley 1.600 del código penal procesal de nuestro país trata el abuso sexual y establece que las víctimas tienen derecho a una atención urgente y personalizada por parte de las instituciones de salud pública y de la policía nacional (21,22)

Por ello es necesario la urgente implementación de estrategias para brindar apoyo al médico y al paciente en este tipo de situaciones, que constituyen un verdadero flagelo social amparados por un velo cultural en relación a la falta de denuncias, las cuales en caso de estar presentes tropiezan con largos y tediosos trámites judiciales.

CONCLUSION

El abuso sexual en cualquiera de sus formas es un problema cada vez más frecuente al que el médico debe hacer frente.

El manejo de estos pacientes ha sido insuficiente en muchos casos, en parte por deficiencias en la preparación del médico y por no contar con un centro preparado para el tratamiento de este tipo de agresión. La falta de experiencia y capacitación, la ausencia de un trabajo multidisciplinario, y la falta de prevención en los diferentes niveles, incluyendo los organismos estatales, posibilita una respuesta pobre para el agredido sexualmente.

En países desarrollados se tienen identificadas las características del agresor, víctima, casos clínicos, factores que favorecen el problema y formas de tratamiento. En nuestro medio, atendiendo el alto porcentaje de este tipo de atención, es urgente abordar el tema con profundidad a fin de crear pautas de atención y tratamiento integral del paciente en el aspecto infeccioso, psicológico, social y legal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*. 1978;62(3):382-89.
- 2- Pou Fernandez J, Ruiz España A, Comas Ll, Petibo R, Ibáñez M, Bassets J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr*. 2001;54(3):243-50.
- 3- García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Esp Pediatr*. 2001;54(3):267-71.
- 4- American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. In: Pickering Lh, ed. Report of the Committee on Infectious Diseases. Red Book 25° ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics. 2000.p.143-47.
- 5- Holmes W, Slap G. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA*. 1998;280:1855-62.
- 6- Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect*. 1998;30 :24-29.
- 7- Pulley L, Klerman LV, Tang H, Baker BA. The extent of pregnancy mistiming and its association with maternal characteristics and behaviors and pregnancy outcomes. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34 :206-11.
- 8- Darroch J, Frost J, Singh S, and the Study Team. Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Can More Progress Be Made? New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 2001.
- 9- Committee on Adolescence. Emergency Contraception. *Pediatrics*. 2005;116(4):1026-35.
- 10- Bechtel K, Podrazik M. Valoración de la adolescente víctima de violación. *Clin Pediatr North Am*. 1999;4:855-70.
- 11- Emans J, Laufer M, Goldstein D. Abuso sexual. En: Emans J, Laufer M, Goldstein D, eds. *Ginecología en pediatría y la adolescente*. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.p. 579-613.
- 12- Erdos E. Abuso sexual en niñas y adolescentes. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, Puga T, eds. *Pediatría Meneghello*. 5ta ed. Buenos Aires: Panamericana; 1997.p.409-13
- 13- Jonson C. Malos tratos y abandono. En: Behrman R, Kliegman R, Jonson H, eds. *Nelson tratado de pediatría*. 16 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.p. 119-29
- 14- Correa D. Abusos sexuales en niños. En: Meneghello J. Ed. *Diálogos en pediatría III*. Chile: Mediterraneo; 1990.p.93-99.
- 15- Onostre Guerra R. Abuso sexual en niñas y niños: consideraciones clínicas. *Pediatr. (Asunción)*. 2000;27(1):49-55
- 16- Adams J, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*. 1994;94(3):310-17.
- 17- Prieto de Sosa R. El acoso y el abuso sexual. En: Prieto de Sosa R. *Salud integral de adolescente*. Asunción: Litocolor; 1993.p. 121-28
- 18- Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-12.
- 19- MMWR. Evaluation of a child sexual abuse prevention program—Vermont, 1995-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50(5):77-8.
- 20- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Sexual assault and the adolescent. *Pediatrics*. 1994;94(5):761-65.
- 21- CEPEP. Violencia verbal, física y sexual. En: CEPEP. Paraguay Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva; 2004.p.291-97.
- 22- Código Penal Procesal de la República del Paraguay . Ley N°1600.