

Abuso sexual en la infancia y adolescencia: Revisión bibliográfica

Sexual abuse in childhood and adolescence: review of the literature

Dr. Néstor Zawadzki

Al momento de escribirse esta revisión, la prensa local publica que, tras cinco días de juicio oral, un suboficial de Policía fue sentenciado a tan solo 4 años de prisión (un año menos que lo solicitado por la fiscalía) luego de ser hallado responsable de la violación de una niña de 5 años en San Lorenzo. Este gravísimo hecho se produjo hace dos años.(1) La lectura de esta noticia produce una automática reacción en quienes tenemos el deber de custodiar la salud integral de niños, niñas y adolescentes. Un análisis objetivo pone de manifiesto una serie de deficiencias en el sistema de protección integral a la infancia: la desinformación pública, las condenas insuficientes previstas por la ley, la "tímida" aplicación de sanciones y las dificultades operativas de las instituciones responsables (CODENIs, Ministerio Público, Fiscalía, Policía Nacional, etc.).

Aunque frecuentemente los pediatras nos sentimos incapaces de abordar una víctima de abuso sexual o un paciente bajo sospecha, desde el consultorio debemos generar información al paciente y su familia en relación a la prevención, disminución del daño y secuelas de las víctimas, además de la intervención institucional oportuna y la promoción de leyes más efectivas, integrándonos a organizaciones que aúnan esfuerzos con este objetivo.

Es importante insistir en que la formación desde la Facultad de Medicina, la residencia en pediatría y los cursos de post grado debe incluir la capacitación de médicos y pediatras en la atención de abuso sexual. Se deben reconocer las conductas sexuales normales y anormales, los signos físicos de abuso sexual, los test diagnósticos adecuados para enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las manifestaciones clínicas y psicológicas que frecuentemente se confunden con abuso sexual.(2)

Lamentablemente el contexto donde se concreta la mayor cantidad de situaciones de abuso en la infancia es el hogar, en un entorno de violencia familiar. El Dr. Gustavo Bossert define la violencia familiar como "...un drama insoportable como pocos, porque no es fraccionado o esporádico, sino cotidiano. El enemigo está dentro de

"Toda persona que tenga conocimiento de una violación a los derechos y garantías del niño o adolescente, debe comunicarla inmediatamente a la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI) o, en su defecto al Ministerio Público o al Defensor Público. El deber de denunciar incumbe en especial a las personas que en su calidad de trabajadores de la salud, educadores, docentes o de profesiones de otra especialidad desempeñen tareas de guarda, educación o atención de niños o adolescentes"

Código de la Niñez y Adolescencia, Artículo 5°

la casa, en el lugar más íntimo, donde un hombre y una mujer, un chico o un anciano, o un discapacitado pretenden sentirse más protegidos que en cualquier otra parte".(3) Esto genera algunas consideraciones éticas. Cuando un pediatra sospecha que un niño está siendo abusado por el o los padres, es posible que surja un conflicto entre su deber de reportar el abuso y el deseo de los padres de mantener ese problema entre él y la familia. En Paraguay es una obligación legal reportar el caso(1), y el pediatra debe señalar esto a los padres manteniéndose neutral respecto a sus reacciones, aun a pesar de que muchos de ellos decidan terminar la relación con el médico que reporta dicho abuso. Si el pediatra no sólo identifica la sospecha de abuso sino que también realiza un diagnóstico médico "definitivo", debe estar preparado para declarar contra el padre agresor en un procedimiento legal que los colocará como adversarios, y que convertirá en algo extremadamente difícil la relación pediatra-paciente-familia agresor. (4)

No es un problema de una clase social determinada. Las estadísticas demuestran que en porcentajes similares ocurre en todas las clases sociales. **El problema tiene una profunda raíz cultural: el que ejerce la violencia está expresando un sentimiento y una condición profunda de autoritarismo.**

Estudios sugieren que cada año el 1% de los niños y

niñas son sometidos a algún tipo de abuso sexual en Estados Unidos (5). En Paraguay un análisis de los datos recolectados demuestra un incremento progresivo de esta forma de violencia. Según datos del Hospital de Policía Rigoberto Caballero, de un promedio anual de 254 casos en el período enero 2000 a diciembre 2002(6) se ha llegado a 486 casos en el período julio 2003-04 y 497 (agosto 2004- junio 2005). Según el Centro Paraguayo de Estudios de la Población (CEPEP) (7) a nivel nacional 6.5% de mujeres de 15 a 44 años fue violada, lo cual representa una población estimada de 78.000 mujeres. La distribución por edades mantiene una prevalencia que se repite en varias estadísticas, con una incidencia mayor entre los 15 a 17 años. (6-8)

Según la Encuesta Integrada de Hogares 2002 de la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos (EPIH97-8/DGEEC) el 5% de las adolescentes de 15 a 19 años quedó embarazada una o más veces. Si se correlacionan estos datos con aquellos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998 (ENSAMI98) aplicada por el CEPEP llama la atención que un 39.5% de estas niñas y adolescentes tuvo una pareja 6 años o más mayor que ellas, esto significa que 5.480 niñas y adolescentes (0.87% de la población total del país) mantuvo relaciones sexuales bajo condiciones que hacen sospechar abuso por la posibilidad de coerción, inducción o seducción engañosa en la obtención del consentimiento.(9)

Los modelos que intentan explicar el incremento del abuso sexual incluyen cuestiones sociales como la pobreza asociada a promiscuidad y el hacinamiento, el desempleo, las adicciones, el consumo de alcohol, el autoritarismo, la falta de control y vigilancia, la permisividad en las normas de conducta y la hipersexualización en los medios (TV, música y prensa escrita).

DEFINICIÓN

Abuso o maltrato es la acción de un sujeto en condiciones superiores (edad, fuerza, posición social o económica, inteligencia, autoridad) que comete un daño físico, psicológico o sexual, en contra de la voluntad de la víctima o por consentimiento obtenido a partir de inducción o seducción engañosa. (Deslandes 1994) (10)

TIPOS DE ABUSO

Si bien un evento de abuso presenta varias características (o tipos asociados), con fines pedagógicos y de nomenclatura se puede clasificar en:

- Abuso por acción (abuso físico)
- Abuso por omisión (negligencia)
- Abuso emocional (que incluye el abuso espiritual)
- Abuso sexual.
- Abuso institucional

- Síndrome de Munchausen por poderes
- Abuso prenatal

Según su persistencia en el tiempo el abuso puede ser agudo o crónico.

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual de menores ocurre cuando un niño/a se involucra en actividades sexuales para las cuales no se encuentra preparado según su grado de desarrollo y madurez, o no puede comprender y, por lo tanto, no puede otorgar su consentimiento.

El abuso sexual no necesariamente incluye el coito, y sus formas van desde la violación con penetración hasta la mínima intromisión o sugestión psicológica.

A menudo no se utiliza la fuerza física. De hecho, el agresor usa técnicas de seducción de manera gradual.

Las actividades sexuales pueden incluir contacto genital o anal con el niño/a o formas de abuso sin contacto físico, tales como exhibicionismo, voyeurismo o utilización del niño para la producción de pornografía.(11)

Una forma novedosa representa la oferta sexual a través de Internet. Un 19% de niños/as y adolescentes usuarios de Internet reciben alguna oferta sexual de extraños. Se ha demostrado que los filtros no son tan eficaces para prevenir esta modalidad de abuso como la educación brindada por los padres.(12)

El abuso sexual puede producir lesiones específicas y/o estar acompañado de otros signos de abuso físico o de negligencia.

Con frecuencia, los sobrevivientes de abuso sexual experimentan efectos adversos a largo plazo en su bienestar psicológico y social, y tienen mayores probabilidades de ser victimizados más adelante en su vida. Las investigaciones sugieren que hay dos maneras de respuesta conductual al abuso sexual: una que refleja inhibición y otra que refleja excitación; siendo esta última manifestación la que se diagnostica con más frecuencia.(13)

FORMAS DE PRESENTACIÓN

Los niños/as y adolescentes abusados sexualmente pueden ser vistos por los pediatras en diferentes circunstancias como: 1) porque él o ella han hecho que una declaración de abuso o existen testigos del abuso; 2) el niño/a es traído al pediatra por servicio social o representantes legales para una evaluación médica de un posible abuso sexual no agudo en el proceso de una investigación; 3) el niño/a es traído a la emergencia después de un episodio sospechoso de abuso sexual agudo para una evaluación médica, colección de la evidencia, y manejo de la urgencia; 4) el niño/a es traído al pediatra o al servicio de emergencias porque un cuidador u otras personas relacionadas con el niño/a sospechan abuso debido a cambios en la conducta o síntomas físicos; o 5)

el niño/a es traído al pediatra para un examen físico rutinario, y durante el curso del examen se descubren signos físicos o psicológicos de abuso sexual.(2)

ANAMNESIS

Alrededor del 80% de los casos el abusador es uno de los padres, familiar o persona con lazos afectivos con la familia y conocida por el niño/a. Predomina en niñas con perpetradores de sexo masculino. En muchos casos existe la negación del hecho para proteger al abusador o por temor a la ruptura del núcleo familiar.

Al realizar la anamnesis del niño/a debemos ser cuidadosos en obtener información detallada. Se deben investigar los antecedentes clínicos, eventos anteriores de abuso, lesiones sospechosas e historia menstrual, incluyendo en la historia clínica las recomendaciones de estudios, evaluaciones psicológicas y los recursos médicos (técnicos y humanos) disponibles en el momento de la evaluación.

Cuando el niño/a realiza un relato, deberá concederse toda credibilidad, pues difícilmente realice una historia ficticia de abuso sexual. En este diálogo el abordaje procurará evitar aumentar el sufrimiento, pudiéndose interrumpir la entrevista para realizarla con profesionales más entrenados (Cuadro 1). Si bien existen falsas denuncias, estas son menos frecuentes de lo que se supone, pero implican una dificultad diagnóstica mayor y la conformación de un equipo multidisciplinario experimentado.

Es muy útil tener en el consultorio papeles y lápices para dibujar, muñecos y otros elementos para ayudar al niño/a a expresar su experiencia (Fig. 1).(14)

En algunos casos la historia será relatada por un familiar o persona que trae al niño/a, en cuyo caso deberán consignarse sus datos en la historia clínica.(15)

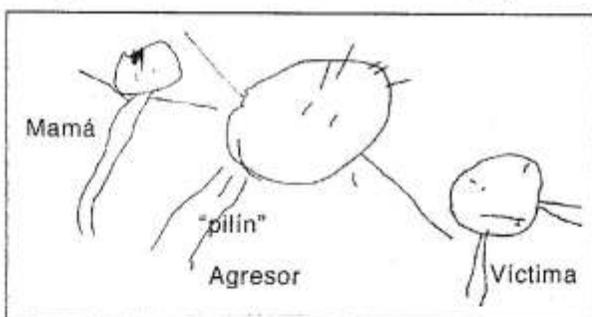


Figura 1: Dibujo realizado por una niña de 3,6 años luego de un episodio de abuso

Las formas de presentación del abuso sexual pueden incluir:

- Declaración del niño/a o adolescente
- Síntomas relacionados con infección o trauma local (Ej. dolor o hipersensibilidad perineal, flujo vaginal, dolor y/o sangrado anal, ruptura himenal)
- Síntomas atribuidos al efecto emocional (Ej. pérdida

CUADRO 1: Características de la entrevista

- La entrevista se llevará en privado.
 - Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
 - Actitud no punitiva o juzgadora.
 - Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
 - No insistir en preguntas que no quieran responder.
 - Asegurar la confidencialidad.
- Al entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable. Nuestra actitud será de escucha.

Debemos recabar información sobre:

- Estructura y dinámica familiar.
- Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda.
- Estado de salud de los convivientes. Conductas adictivas.
- Condiciones laborales y socioeconómicas.
- Apoyo de otros familiares, vecinos o servicios sociales.

de concentración, enuresis, encopresis, anorexia, cambios en la conducta, actitud suicida (parasuicidio))

- Conducta promiscua y/o conocimiento sexual inapropiados para la edad.

EXAMEN FÍSICO

Objetivos:

- Identificar lesiones o condiciones que requieren atención médica
- Documentar evidencia del abuso
- Asegurar al niño o a sus padres que el pequeño estará bien.

Si el médico decide llevar a cabo la exploración física, debe estar preparado para reunir toda la evidencia forense necesaria o para detener el examen antes de que cualquier procedimiento contamine la posibilidad de que un experto más adecuado observe o recopile dicha evidencia. Si la historia clínica u otras circunstancias sugieren que la evidencia forense es necesaria, la exploración física se debe llevar a cabo de inmediato. En situaciones que no sean de emergencia, el examen físico se debe programar para una fecha a corto plazo.(4)

Se deben explicar al niño los pormenores de la exploración y ésta se debe realizar con su consentimiento, en presencia de un adulto de quien no se sospeche que es parte del abuso (15). El examen se debe conducir de manera cuidadosa y sensible, en un ambiente confortable y en absoluta privacidad. No se debe usar la fuerza ni

Tabla 1: Indicadores de abuso sexual en el niño y el agresor (16)

Indicadores físicos del niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para andar o sentarse - Ropa interior rasgada o manchada o ensangrentada - Se queja de dolor o picor en la zona genital - Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal - Tiene una enfermedad de transmisión sexual - Tiene la vulva hinchada o roja - Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa - Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano - Embarazo en la adolescencia - Infecciones urinarias de repetición 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice que ha sido atacado sexualmente - Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales - Trastornos del sueño y alimentación - Miedos, fobias, histeria - Síntomas inespecíficos (algias, respiratorios, dolor abdominal) que originan intenso consumo médico sin que se aclare la causa - Depresión - Intento de suicidio - Desvalorización corporal (anorexia) - Problemas de conducta (fugas, fracaso escolar) - Promiscuidad sexual - Criminalidad bajo forma de abuso sexual y/o violencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente celoso del niño - Alienta al niño a implicarse en actos sexuales - Sufrió abuso sexual en su infancia - Experimenta dificultades en su matrimonio - Abuso de drogas o alcohol - Esta frecuentemente ausente del hogar

imponer restricciones al niño, y deben incluirse todos los parámetros de una valoración de salud pediátrica. Los genitales se deben explorar en el contexto de un examen físico completo. Si el niño muestra un grado inusual de conductas alteradas, quizás haya que arreglar una consulta con un profesional en el campo de la salud mental, antes del examen físico.

Si el abuso ocurrió dentro de las 72 horas o hay un evento agudo es importante realizar un examen físico inmediato para recoger muestras de importancia forense. En ausencia de lesiones agudas el examen físico urgente es innecesario. (17)

Es importante contar con elementos adecuados para el diagnóstico, la toma adecuada de material de laboratorio y forense y para la documentación de los hallazgos (Ej. colposcopios, otoscopios, cámaras de video o fotografía, elementos para toma de muestras para laboratorio)

Los niños/as mayores y adolescentes deberán ser informados de los procedimientos a realizarse. El examen físico incluirá las áreas involucradas en las prácticas sexuales: boca, mamas, genitales, nalgas, región perineal y ano. En lactantes y preescolares el examen podrá realizarse en decúbito supino sobre la camilla o sentados en las faldas de la madre quien ayudará a separar la piernas del niño/a. En niños/as mayores se puede usar la posición

de decúbito dorsal con las piernas en posición de rana y luego la posición genupectoral.

El examen genital deberá ser realizado para:

- Detectar lesiones traumáticas o infecciones que requieran tratamiento
- Para evaluar la naturaleza del abuso. (Genitales y ano normales no descartan abuso, pero en niños/as pequeños hacen poco probable el abuso sexual por penetración)
- Para proveer evidencia forense que sea útil para la protección futura del niño
- Para tranquilizar al niño/a quien percibe un daño grave en su anatomía.
- Para iniciar el proceso de recuperación

El examen será suave y progresivo esperando en cada maniobra que el niño/a se relaje. Los signos a buscar son: hiperemia, edema, hematomas, desgarros y laceraciones, excoriaciones, fisuras, rupturas, sangrados, evidencias de ETS y embarazo. Rara vez se detecta semen aun después de un episodio agudo reciente (18) (Ver tabla 1)

Se debe realizar una valoración cuidadosa no solo en busca de signos de abuso sexual, sino también signos de abuso físico, negligencia y lesiones autoinflingidas. Deben documentarse lesiones como equimosis en brazos o piernas producidas al defenderse en víctimas de ataque sexual agudo. La madurez sexual también debe evaluarse.

En caso de que el niño/a o adolescente sea incapaz cooperar y el examen debe realizarse debido a la probabilidad de trauma, infección, y/o la necesidad de recoger muestras forenses, debe ser considerarse un examen bajo la sedación con supervisión cuidadosa.(2) Las señales de trauma deben ser documentadas preferentemente por fotografías; si el tal equipo es pueden usarse diagramas indisponibles, detallados para ilustrar los hallazgos. Además de las áreas involucradas en actividad sexual; en niñas, el examen debe incluir inspección de la cara interna de los muslos, labios mayores y menores, clitoris, uretra, tejido periuretral, himen, foramen himenal, fosa navicular, horquilla posterior, perineo, y tejidos perianales (Tabla 2 y Fig. 2). Deben evaluarse en varones los muslos, pene, escroto, perineo, y tejidos del perianales para detectar equimosis, cicatrices, marcas de mordeduras, y descarga. Cualquier anomalía debe notarse y debe interpretarse apropiadamente con respecto a la especificidad del hallazgo (ej, no específico, sugestivo, o indicativo de trauma). Si la interpretación de un hallazgo anormal es difícil es aconsejable la consulta con un médico especialista.

Tabla 2: Hallazgos genitales / anales asociados con traumatismos

Agudos:

- Abrasiones, Hematomas, Laceraciones

Previos:

- Ausencias de partes del himen
- Himen disminuido
- Bultos, hematomas, engrosamiento localizado del himen
- Cicatrices (alteración de la vascularidad y la elasticidad)
- Escotaduras himenales en "U" o "V"
- Alteración del contorno anal
- Alteración de las rugosidades del ano
- Tunelización - cicatrices anales

Es importante recordar que en las niñas prepúberes menores de 5 años un diámetro horizontal del foramen himenal mayor de 5 mm es indicativo de abuso. A partir de los 6 años mide un milímetro más por año hasta los 9 años. Un diámetro mayor de 9 mm a cualquier edad es sugestivo de abuso si aún no ha entrado en la pubertad (estadio de Tanner 2) (19) asociado a otros elementos sugestivos, pues el foramen himenal presenta variaciones anatómicas normales.(20) La hipotonía flácida del esfínter anal se podrá comprobar en posición genupectoral traccionando suavemente los bordes externos del ano o glúteos verificando la fácil dilatación.

Las enfermedades de la región genital y/o anal no necesariamente asociadas a abuso sexual son:

- Traumatismo accidental (lesiones en silla de montar o en "cerca de estacas")
- Hemangioma genital
- Traumatismo intencional no sexual
- Liquen esclero atrófico
- Carunculas uretrales
- Prolapso uretral.
- Enfermedad intestinal inflamatoria
- Infección estreptocócica perianal
- Prurito anal: infección por oxiurus y/o higiene deficiente

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Siempre que sea posible se deberá recolectar material que ayude a comprobar el abuso: semen, sangre o células epiteliales pueden ser halladas si el abuso ocurrió dentro de las 72 horas. Se deberán realizar exámenes para ETS con cultivos y serología según la incidencia regional, teniendo en cuenta la posibilidad de contacto oral, genital y/o anal y la sintomatología asociada en el niño. Aproximadamente un 5% de las víctimas adquieren una ETS de sus agresores.(21) (Tabla 3)

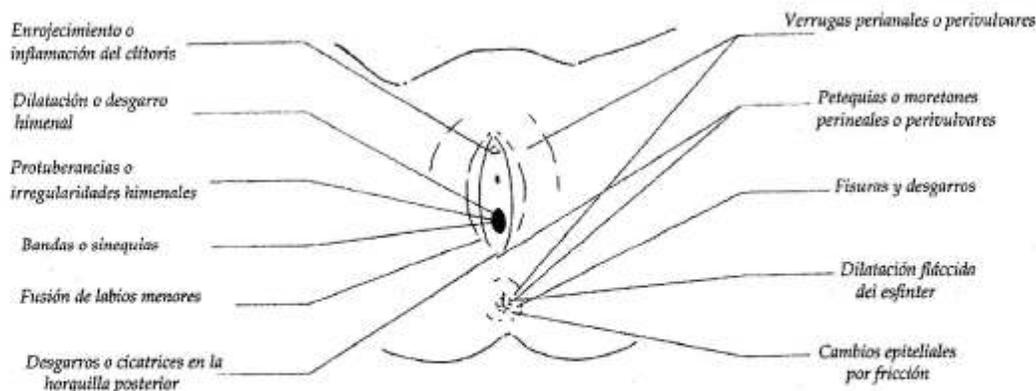


Figura 2: Hallazgos genitales y anales sospechosos de abuso sexual en una niña (22)

Tabla 3: Enfermedades de transmisión sexual asociadas a abuso sexual (23)

- Chlamydia trachomatis
- Condiloma acuminado (no transmitido en el canal del parto)
- VIH (no transmitido perinatalmente o por transfusión)
- Neisseria gonorrhoeae
- Sífilis
- Trichomonas vaginalis
- Hepatitis B (no transmitido perinatalmente o por transfusión)

Los siguientes factores deben ser considerados al elegir las pruebas adecuadas para el diagnóstico de ETS: tipo(s) de contacto sexual, lapso de tiempo desde el último contacto sexual, signos o síntomas sugestivos de ETS, familiar o hermano con un ETS, abusador con factores de riesgo para un ETS, solicitud o preocupación del niño/a o adolescente o de la familia, prevalencia de ETSs en la comunidad, la presencia de otros hallazgos del examen, y solicitud explícita de la familia o víctima. Aunque el screening universal de pacientes postpuberales es recomendada, criterio más selectivo son a menudo utilizados para realizar pesquisas (Tabla 4). Por ejemplo, el crecimiento de cultivos positivos de gonococo es bajo en prepúberes asintomáticos, sobre todo cuando la historia indica solo manoseo.(24) Considerado el periodo de incubación prolongado para infecciones por papilomavirus humano, pueden indicarse exámenes varias semanas o meses después del examen inicial; además, deben informarse la familia y paciente sobre posibilidad de presentación tardía de lesiones. Es preferible tomar pruebas para ETS antes de iniciar un tratamiento profiláctico pues la identificación de ETSs en un niño/a puede tener importancia legal así como implicaciones en el tratamiento. El CDC (Centro para la prevención y control de enfermedades transmisibles) y la Academia Americana de Pediatría establecen guías específicas para el diagnóstico que pueden ser consultadas en www.cdc.gov y www.aap.org.

Se considera a los cultivos las pruebas más específicas ("Gold Standard") para el diagnóstico de Chlamydia trachomatis (cultivos celulares) y de Neisseria gonorrhoeae (cultivo bacteriano). Debido a que el predominio de ETSs en niños es bajo, el valor predictivo positivo de estas pruebas es menor que en adultos por lo tanto, es necesario realizar otras pruebas confirmatorias alternativas especialmente con fines legales o forenses.

Cuando el abuso sexual es sospechado se deberán realizar pruebas para ETS realizándose muestras vaginales y uretrales y/o se recomiendan hisopados rectales para el aislamiento de Ch. trachomatis y N. gonorrhoeae. Además, pueden obtenerse hisopados vaginales para el aislamiento de Trichomonas vaginalis. Pruebas para otras ETSs, incluso el virus del

immunodeficiencia humana (HIV), hepatitis B, hepatitis C, y sífilis, están basadas en la presencia de síntomas y signos, el deseo del paciente/familia, diagnóstico de otra ETS, y criterio del médico. El diagnóstico de condiloma acuminado (verrugas venéreas), causadas por infección del papilomavirus humano es clínico. Cualquier lesión genital o anal sospechoso para herpes debe confirmarse con un cultivo, distinguiendo entre el virus de herpes simplex de tipo 1 y 2.

Durante el proceso de anamnesis, recolección de muestras y exámenes se tendrá especial cuidado en evitar la repetición excesiva de exámenes y la manera de dirigir el interrogatorio para no re-victimizar al niño/a o adolescente con sus consecuentes marcas emocionales.

Las pruebas más específicas y sensibles deben usarse al evaluar a los niños para ETSs.

En niñas post púberes que presentaron menarca, algunos casos específicos requerirán de test de embarazo. Esta prueba es esencial antes de iniciar algún tratamiento farmacológico o de indicar contracepción de emergencia.

DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de niño/a víctima de abuso sexual puede hacerse a menudo en base a la historia. El abuso sexual raramente se diagnostica sólo en base al examen físico o hallazgos del laboratorio. Los hallazgos físicos están a menudo ausentes, incluso cuando el perpetrador admite la penetración genital del niño/a. Muchos tipos de abuso no dejan evidencia física y las lesiones de mucosas sanan a menudo rápida y completamente. En un reciente estudio de adolescentes embarazadas, sólo 2 de 36 presentaba evidencia de penetración. De vez en cuando, un niño presenta evidencia clara de trauma anogenital sin una historia adecuada. Los niños abusados pueden negar abuso.

TRATAMIENTO

Todos los niños que han sido abusados sexualmente deben ser examinados por pediatras y un profesional de salud mental para evaluar la necesidad de tratamiento y el nivel de apoyo familiar. Desgraciadamente, el tratamiento de terapias en salud mental para los niños sexualmente abusados no está universalmente disponible. Los signos de mal pronóstico incluyen formas más intrusivas de abuso, ataques más violentos, periodos prolongados de acoso sexual, y relación más íntima entre el perpetrador y la víctima. Los padres de la víctima también pueden necesitar tratamiento y pueden apoyar a la recuperación del trauma emocional de su hijo/a, perfeccionando su habilidad de ayudar en el proceso curativo. El pediatra también puede proporcionar apoyo y seguimiento para asegurar que el niño y los miembros familiares se están recuperando emocionalmente del abuso.

Tabla 4: Pruebas para enfermedades de transmisión sexual en un niño con sospecha de abuso sexual (23)

Microorganismo/síndrome	Muestras
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cultivo(s) rectal de fauces, uretral y vaginal, juntas o por separado
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Cultivo(s) rectal y uretral
Sífilis	Examen en campo oscuro del líquido del chancro, si existe; sangre para pruebas serológicas en el momento del abuso y 6, 12 y 24 semanas después.
Virus de la inmunodeficiencia humana	Serología del agresor (si es posible) y serología del niño en el momento del abuso y 6, 12 y 24 semanas después
Virus de la hepatitis B	Prueba para detección de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en suero del agresor Cultivo de la lesión
Virus del herpes simple	Examen directo en fresco y cultivo de las secreciones vaginales
Vaginosis bacteriana	Biopsia de la lesión
Papilomavirus / <i>Trichomonas vaginalis</i>	Examen directo en fresco y cultivo de las secreciones vaginales
Pediculosis púbica	Identificación de huevos, ninfas y piojos a simple vista o con lupa

Aproximadamente el 5% de los niños sexualmente agredidos adquieren una ETS como consecuencia del abuso. Los factores que influyen en la probabilidad de que un niño agredido sexualmente adquiriera una ETS incluyen el predominio regional de ETS en la población adulta, el número de atacantes, el tipo y la frecuencia del contacto físico entre los atacantes y el niño, la inefectividad de los diferentes microorganismos, la susceptibilidad del niño a la infección y si el niño ha recibido tratamiento antibiótico intercurrente.

PROFILAXIS DESPUÉS DEL ABUSO SEXUAL

La mayoría de los expertos no recomiendan ninguna profilaxis antimicrobiana para los niños en edad prepúber agredidos sexualmente porque la incidencia de ETS es baja y el riesgo de diseminación al tracto genital superior en una joven en edad prepúber es bajo. Además, habitualmente el seguimiento está asegurado. Si una prueba para una ETS es positiva puede administrarse tratamiento. Muchos expertos creen que la profilaxis está justificada en pacientes pospúberes que solicitan atención dentro de las 72 horas después de un episodio de abuso sexual, debido a la alta prevalencia de infección asintomática preexistente y al riesgo sustancial de enfermedad inflamatoria pelviana en este grupo. Todos los pacientes que reciben profilaxis deben ser estudiados de acuerdo con la ETS pertinente antes de administrar el tratamiento. A las pacientes que ya han tenido su menarca

deben efectuárseles pruebas de embarazo antes de administrar el tratamiento antibiótico o la anticoncepción de emergencia.

Debido a la efectividad demostrada de la profilaxis para prevenir la infección por HIV después de las exposiciones perinatales y laborales surge la duda acerca de la profilaxis contra el HIV para los niños y los adolescentes después de un ataque sexual.

No hay ningún dato sobre la efectividad o la seguridad de la profilaxis contra el HIV en el caso de esta indicación. El riesgo de transmisión de HIV después de un solo ataque sexual que involucra transferencia de sangre y de secreciones juntas o por separado, es bajo, pero no es cero. La profilaxis con zidovudina más lamivudina puede ser considerada para los pacientes que solicitan atención dentro de las 24 a 48 horas después de un ataque, si éste ha involucrado la transferencia de secreciones y particularmente si el supuesto atacante tiene sospecha de infección por HIV, infección conocida o usa drogas intravenosas. Puede considerarse el agregado de un inhibidor de la proteasa al régimen si el ataque involucró la exposición a sangre o si otras circunstancias de la violación parecen representar un riesgo alto. Deben realizarse pruebas para la infección por HIV a los pacientes antes de comenzar la profilaxis post exposición.(22,25)

Se puede administrar medicación anticonceptiva en la mitad del ciclo a niñas posmenárgicas que hayan experimentado un coito vaginal en las anteriores 72 horas.

Si la prueba de embarazo es negativa, el fármaco de elección es aquel que contenga etinilestradiol (50mg)*, 2 tabletas inmediatamente y otras 2 a las 12 horas.* (Solo o asociado a levonorgestrel 0,25 mg).

Los profesionales de la salud no pueden ocultar deliberadamente información que pueda prevenir una consecuencia indeseada o perjudicial para la salud de la mujer (embarazo no deseado o aborto de riesgo).(26)

DOCUMENTACIÓN Y PRUEBAS FORENSES(4)

En casos de abuso sexual reciente, lo siguiente constituye evidencia muy persuasiva: muestras de sangre, cabello, orina, saliva, marcas de mordedura y otros hallazgos físicos. Para reunir dicha evidencia, el pediatra debe cumplir con los siguientes procedimientos o ceñirse al protocolo estatal apropiado:

- Pedir al niño que se pare sobre un pliego limpio de papel cuando se desvista
- Utilizar, si es posible, una lámpara de Wood para identificar manchas de semen en la piel y en la ropa
- Preservar cuidadosamente e identificar las muestras de sangre, semen, cabello u otra evidencia. Si están disponibles realizar pruebas de esperma (<96 hs. y fosfatasa ácida prostática (<24h)
- Colocar cada prenda de vestir por separado en una bolsa de papel debidamente marcada
- Mantener las bolsas en un lugar cerrado
- Entregar lo más pronto posible todas las muestras y demás evidencias al personal de los cuerpos de seguridad.

El pediatra debe estar preparado para testificar acerca de a quién se le entregó cada una de las muestras reunidas, y en dónde se encuentran en ese momento.

FOTOGRAFÍAS

Las fotografías convencionales son especialmente valiosas como evidencia.

Algunas permiten que se tomen sin el consentimiento de los padres, y muchas autorizan a que sean personas con inmunidad estatutaria quienes las tomen. En cualquier caso, las fotografías no reemplazan a una descripción médica -cuidadosa y por escrito- de la lesión.

- Cuando sea posible, tome las fotografías antes de dar tratamiento
- Use rollo de color, pero en el caso de marcas por mordidas hágalo también en blanco y negro si es posible
- Fotografe el cuerpo completo desde ángulos diferentes, y tome acercamientos
- Sostenga una moneda, una regla o cualquier objeto para ilustrar el tamaño de la lesión
- Incluya la cara del niño en por lo menos una fotografía

- Tome al menos dos fotos de cada área importante de traumatismo
- Marque con mucha precisión todas las fotografías, e incluya el nombre del niño, fecha, ubicación de la lesión y nombre del fotógrafo y demás personas presentes
- Utilice un estándar de color.

Para conservar la "cadena de custodia" de la información, que puede constituir evidencia legal después, deben etiquetarse cuidadosamente las muestras para análisis de laboratorio obtenidas de los pacientes sexualmente agredidos y deben seguirse estrictamente los procedimientos regulares del hospital para el traslado de muestras de un sitio a otro.

RECURSOS LEGALES VIGENTES CONTRA LA VIOLENCIA DOMESTICA

Sistema Legal

- 1) Ley 1680/01 "Código de la Niñez y la Adolescencia"
- 2) Ley 1600/00 "Ley contra la violencia doméstica"
- 3) Ley 1160/97 "Código Penal"

Ley1680/01 CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 4º. DE LA RESPONSABILIDAD SUBSIDIARIA:

Los padres biológicos y adoptivos, o quienes tengan niños o adolescentes bajo su guarda o custodia, y las demás personas mencionadas en el Artículo 258 del Código Civil, tienen la obligación de garantizar al niño o adolescente su desarrollo armónico e integral, y a protegerlo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso y la explotación. Cuando esta obligación no fuere cumplida, el Estado está obligado a cumplirla subsidiariamente.

Artículo 5º. DE LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR:

Toda persona que tenga conocimiento de una violación a los derechos y garantías del niño o adolescente, debe comunicarla inmediatamente a la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI) o, en su defecto, al Ministerio Público o al Defensor Público.

El deber de denunciar incumbe en especial a las personas que en su calidad de trabajadores de la salud, educadores, docentes o de profesionales de otra especialidad desempeñen tareas de guarda, educación o atención de niños o adolescentes.

Al recibir la información, la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI), el Ministerio Público y el Defensor Público adoptarán las medidas correspondientes, que les competen.

Artículo 26. DEL DERECHO DE PETICIÓN:

El niño y el adolescente tienen derecho a presentar y dirigir peticiones por sí mismos, ante cualquier entidad o funcionario público, sobre los asuntos de la competencia de éstos y a obtener respuesta oportuna.

CAPITULO V DE LAS CONSEJERIAS MUNICIPALES POR LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

Artículo 48. DE SUS FINES: Corresponderá a la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI) prestar servicio permanente y gratuito de protección, promoción y defensa de los derechos del niño y del adolescente. No tendrá carácter jurisdiccional.

Artículo 50. DE SUS ATRIBUCIONES: Serán atribuciones de la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI):

a) intervenir preventivamente en caso de amenaza a transgresión de los derechos del niño o adolescente, siempre que no exista intervención jurisdiccional, brindando una alternativa de resolución de conflictos;

b) brindar orientación especializada a la familia para prevenir situaciones críticas; ...

Artículo 51. DE LA REVISIÓN DE LAS DECISIONES: Las decisiones de la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI) referidas en el inciso a) del artículo anterior, podrán ser revisadas por la autoridad judicial a pedido de los padres, tutores o responsables del niño o adolescente. ...

LEY 1600/00 "LEY CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA"

Artículo 1º ALCANCE Y BIENES PROTEGIDOS:

Esta ley establece las normas de protección para toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de uno de los integrantes del grupo familiar, que comprende el originado por el parentesco, en el matrimonio o unión de hecho, aunque hubiese cesado la convivencia, asimismo en el supuesto de parejas no convivientes y los hijos, sean o no comunes.

Todo afectado podrá denunciar estos hechos ante el Juez de Paz del lugar, en forma oral o escrita, a fin de obtener medidas de protección para su seguridad personal o la de su familia.

Las actuaciones serán gratuitas. En los casos en que la persona afectada no estuviese en condiciones de realizar la denuncia por sí misma, lo podrán hacer los parientes o quienes tengan conocimiento del hecho. En los casos en que la denuncia se efectuara ante la Policía Nacional o en los centros de salud, la misma será remitida al Juez de Paz en forma inmediata.

Artículo 3º ASISTENCIA COMPLEMENTARIA A LAS VÍCTIMAS. (Referidas a instituciones de salud Pública)

Las víctimas de violencia doméstica tienen derecho a una atención urgente y personalizada por parte de las Instituciones de Salud Pública y de la Policía Nacional. En tal sentido, se establece lo siguiente:

Las instituciones de salud Pública:

- a) atender con urgencia lesionada y otorgar el tratamiento por profesionales idóneos, disponer todos los exámenes pertinentes, y la derivación del paciente a instituciones especializadas, si fuese necesaria.
- b) Entregar copia del diagnóstico al paciente y al Juzgado de Paz que corresponda, dentro de las veinticuatro horas.

LEY 1160/97 "CÓDIGO PENAL PARAGUAYO" HECHOS PUNIBLES CONTRA LA INTEGRIDAD FÍSICA

Artículo 110. MALTRATO FÍSICO

1º El que maltratara físicamente a otro, será castigado con pena de hasta ciento ochenta días o con multa.

2º La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima, salvo que la protección de ésta o de terceros requiera una persecución de oficio.

Artículo 111. LESIÓN

1º El que dañara la salud de otro, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa.

2º En los casos del inciso anterior se aplicará lo dispuesto en el artículo 110, inciso 2º.

3º Cuando el autor utilizara veneno, arma blanca, de fuego o contundente, o sometiera a la víctima a graves dolores físicos o síquicos, se aplicará una pena privativa de libertad de hasta tres años o multa.

Artículo 112. LESIÓN GRAVE

1º Será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años el que, intencional o conscientemente, con la lesión:

1. pusiera a la víctima en peligro de muerte;
2. la mutilara considerablemente o la desfigurara por largo tiempo;
3. la redujera considerablemente y por largo tiempo en el uso de su cuerpo o de sus sentidos, en su capacidad de cohabitación o de reproducción, en sus fuerzas psíquicas o intelectuales o en su capacidad de trabajo; o
4. causara una enfermedad grave o afligente.

Artículo 134. MALTRATO DE MENORES

El encargado de la educación, tutela o guarda de un menor de dieciséis años que sometiera a éste a dolores síquicos considerables, le maltratara grave y repetidamente o le lesionara en su salud, será castigado con pena privativa

de libertad de hasta dos años o con multa, salvo que el hecho sea punible con arreglo al artículo 112.

Artículo 229. VIOLENCIA FAMILIAR

El que, en el ámbito familiar, habitualmente ejerciera violencia física sobre otro con quien conviva, será castigado con multa.

Agradecimientos:

Deseo agradecer al Abogado Rubén Caballero Laterza quién realizó la recopilación de recursos legales vigentes en el Paraguay

BIBLIOGRAFÍA

1. Uniformado, condenado por violar. Diario Ultima Hora 2005 Nov 2; Sección sucesos
2. Kellogg N, the Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 2005;116(2):506-12.
3. Bossert, G. El derecho frente a la violencia familiar. Primera jornada de Familia y Educación. La Nación 1998 agosto 6.
4. IPPF/RHO Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia 1992 versión PDF en www.ippfwhr.org/publications/index_s.asp
5. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child*. 1994;4:31-53
6. Bogado R, Coronel J, Chenu E. Abuso sexual en niños y adolescentes. *Pediatr. (Asunción)* 2003; 30 supl: 34.
7. Centro Paraguayo de Estudios de Población(CEPEP). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Asunción: QR Producciones Gráficas, 2005.p. 291-99.
8. Insfran F. Adolescencia y sexualidad. *Pediatr. (Asunción)* 2003;30 supl:35.
9. Marchewska S. PROMESA (Promoción y Mejoramiento de la Salud). (disertación) 3er Congreso Regional de Pediatría - Villarrica;2005.
10. Deslandes S. Prevenir a violencia - um desafio para profissionais de saúde. FIOCRUZ/ENSP/CLAVES Rfo de Janciro;1994.
11. Kempe C. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*.1978;62 :382-89.
12. Mitchell K, Finkelhor D, Wolak J. Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth. *JAMA*. 2001;285:3011-14.
13. Merrill L, Guimond J, Thomsen C, Milner J. Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:987-96.
14. Hibbard R, Roghmann K, Hoekelman R. Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse. *Pediatrics*. 1987;79:129-37.
15. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. The use of chaperones during the physical examination of the pediatric patient. *Pediatrics*. 1996;98(6):1202.
16. Soriano F. Prevención y detección del maltrato infantil. PrevInfad. Grupo de trabajo AEPap / PAPPS 2002. Versión <http://aepap.org/previnfad>.
17. Christian C, Lavelle J, DeJong A, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2000;106:100-04.
18. Berkowitz, C. Abuso sexual en la infancia. *Pediatrics in Review*. 1993;14(4):137
19. Heger A, Emans S. Introital diameter as the criterion for sexual abuse. *Pediatrics* 1990; 85:222-23.
20. Heger A, Emans S, Muram D. Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2000.
21. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. In: Pickering LK, ed. Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003.p.157-67.
22. Meadow R. ABC of Child Abuse. BMJ Group, 1997
23. American Academy of Pediatrics. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y en los niños. In: Pickering LK, ed. Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000.p.129-36.
24. Siegel R, Schubert C, Myers P, Shapiro R. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics*. 1995;96:1090-94.
25. Báez Maldonado E. VIH/SIDA Tratamiento post exposición al VIH. Asunción: Abbot Laboratorios; 2005.p.138-141.
26. OMS. Declaración sobre anticoncepción de emergencia 1998.