



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

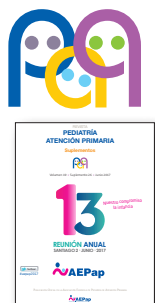
de Manuel Vicente, C
Detectando el abuso sexual infantil
Pediatría Atención Primaria, vol. XIX, núm. 26, suppl, 2017, pp. 39-47
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366655204005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEAP
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Carmen de Manuel Vicente:
cdmanuel@hotmail.es

Mesa redonda

Detectando el abuso sexual infantil

Carmen de Manuel Vicente

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Cádiz

INTRODUCCIÓN

Lo que no se ve... no existe.

Esta ha sido la realidad que han vivido los niños y niñas a lo largo de la historia, una historia caracterizada por ignorar las necesidades infantiles y sus derechos. De tal manera que, cuanto más retrocedemos en el tiempo, más probabilidades tenía un niño de sufrir una muerte violenta. A los niños se les ha sacrificado para calmar la ira de los dioses o para mejorar las cosechas. El infanticidio no estaba penado, ni siquiera era mal visto. Prácticas de crianza que hoy consideraríamos maltratantes, incluso delictivas, como el abandono, el castigo físico, el abuso sexual o la explotación laboral, eran prácticas habituales que nadie se cuestionaba.

El trato que han recibido y reciben los niños y niñas guarda una estrecha relación con los derechos que se les otorgue. ¿De qué depende que se les conceda más o menos derechos? De un fenómeno denominado representación social. La representación social de la infancia es el conjunto de creencias de una cultura respecto a lo que es un niño. Su importancia reside en que las ideas generan realidades,

porque estas ideas influyen en la manera que tienen los adultos para relacionarse con los niños.

Es desde esta perspectiva desde la que recientemente se ha tomado conciencia de estar en una cultura adultista, ya que son los adultos los que han conformado la representación social. La cultura actual es una cultura adultocéntrica que descalifica a la infancia como grupo social. Desde esta visión de adultos, los niños y niñas son percibidos por sus carencias y por su inmadurez. Solo son valorados por lo que llegarán a ser (aplazamiento temporal de su valor) y no por lo que ya son. Son vistos como futuros ciudadanos (ciudadanía diferida), lo que conlleva el aplazamiento de algunos de sus derechos, entre ellos el derecho a la participación activa en los asuntos que les compete. Los derechos de los niños han sido ignorados porque no se los reconoce como legítimos otros.

Y todo esto a pesar de que la población infantil representa a más del 30% de la población mundial y es la base del futuro de la humanidad y de la permanencia del hombre en la tierra.

El ser humano ha sido discriminado en razón del sexo, de las creencias religiosas, del estatus social,

de la identidad sexual, pero los niños sufren además la discriminación en razón de su edad o discriminación etaria.

Todo lo referido hasta aquí contrasta con el hecho de que existe un gran acuerdo social sobre la importancia de cuidar a los niños. Y prueba de ello es que sea la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas el acuerdo internacional que más países han ratificado en toda la historia. A saber, todos los países del mundo excepto dos, Somalia y EE. UU. Esta convención es el primer instrumento internacional que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y sujetos activos de sus propios derechos.

Sin embargo, los malos tratos a la infancia y a la adolescencia existen. Se dan en todas las partes del mundo, en todas las culturas, creencias religiosas y estatus sociales. Los malos tratos son universales y están reconocidos como un importante factor de riesgo psicopatológico, ya que influyen en la aparición, evolución y gravedad de diversos trastornos mentales que afectan a la infancia y a la adolescencia y que pueden llegar a la edad adulta.

Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), *Un panorama del bienestar infantil en los países ricos*, de 2007, la primera causa de daño infantil no son los desastres naturales, como pudiéramos pensar sino las crisis económicas, sociales y bélicas que provocan las políticas gubernamentales. Y si esta es la primera causa de maltrato, la segunda es la familia. Familia y gobiernos deberían ser los principales garantes de los derechos de los niños.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) afirma que el impacto que el abuso sexual tiene en los niños explica aproximadamente un 6% de los casos de depresión, un 6% de los casos de abuso/dependencia del alcohol y las drogas, un 8% de los intentos de suicidio, un 10% de los casos de trastorno de pánico y un 27% de los casos de trastorno de estrés postraumático. Cifras que podrían ser muy superiores si se desvelaran todos los casos de abusos que aún hoy permanecen bajo la ley del silencio.

Sin embargo, en los últimos años está surgiendo una nueva representación social de la infancia que promueve un cambio en la percepción de los niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos. Esta nueva representación empieza a reconocer el valor central que tiene la infancia en la sociedad.

LA INCERTIDUMBRE DEL PROFESIONAL ANTE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Son muchas y diversas las formas en que se puede maltratar a un niño. El abuso sexual infantil constituye una de estas formas y será el tipo de maltrato en que se centrará la mesa redonda y, por tanto, este resumen.

El abuso sexual infantil (ASI) es una lacra social que compete a todos los ciudadanos. Las medidas que, desde hace algunos años, se han venido poniendo en marcha desde las diferentes administraciones están logrando la consolidación de servicios y programas de detección y atención al abuso sexual del que son víctimas los menores. Lo más importante de estas medidas es que se está consiguiendo una mayor sensibilización ciudadana ante el abuso. Y esto no hubiera sido posible sin el firme compromiso de todos los profesionales en contacto con la infancia. Merece un especial reconocimiento la labor que diariamente ejercen los pediatras de Atención Primaria, situados en un escenario privilegiado ya que todos los niños pasan por ellos.

Sin embargo, con frecuencia los profesionales se ven desbordados por las dudas e incertidumbres en cuanto salta la sospecha en alguno de los niños. Y entonces se preguntan:

- ¿Es suficiente la formación que se tiene en ASI para hacer frente a esta situación de forma eficaz?
- ¿Qué se debe hacer en estos casos?
- ¿Los síntomas detectados o que describe la familia, generalmente la madre, son suficientes para iniciar el protocolo de actuación?
- ¿Es conocido por todos este protocolo?

- ¿Existen algunos criterios de gravedad a tener en cuenta?
- ¿En qué casos se debe informar a la justicia?
- ¿Hay que preguntarle al niño o niña respecto a la posible experiencia traumática?
- Y en ese caso, ¿cómo hablar sobre el abuso con los niños?

Y es normal que a los profesionales les asalten estas dudas y muchas otras más, por una simple razón: el ASI no es un tema que haya estado presente en la formación pregrado, ni siquiera durante el MIR. Y no solo en Pediatría, tampoco en ninguna otra disciplina.

Este es el objetivo principal de esta comunicación: mejorar los conocimientos de los pediatras sobre la materia.

DEFINICIÓN

Hasta la fecha, se ha venido dando por sentado que todos los profesionales comparten el mismo concepto de abuso. Y seguramente sea así. La definición más completa y utilizada es la que aporta el National Center of Child Abuse and Neglect (1981), que lo define como: “Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el menor”.

Es decir, que puede haber abuso sexual con o sin contacto físico. El contacto físico no es imprescindible para poder hablar de abuso, tal y como ocurre en los casos de exhibicionismo o cuando se muestra pornografía, que serían ejemplos más tradicionales. Sin embargo, existen formas más modernas, llegadas de la mano de las nuevas tecnologías de la comunicación, por las que un adulto se puede hacer pasar por un menor y realizar solicitudes de desnudo al niño.

MITOS Y FALSAS CREENCIAS

No se debe pensar que siempre el abusador es un adulto. Los menores de edad pueden ser también abusadores. Esta aclaración conecta con los mitos o creencias erróneas al respecto que están presentes en nuestra sociedad. He aquí algunos:

- El abuso sexual no existe.
- Son casos aislados.
- El abusador es siempre un desconocido, delincuente o enfermo mental.
- No tiene consecuencias graves.
- El incesto solo se produce en las clases sociales más desfavorecidas.
- El niño es asexual.
- Los agresores sexuales siempre son varones y siempre son adultos.

La creencia de que “el abuso sexual no existe” ha imperado en nuestra sociedad hasta hace escasas décadas. Los datos actuales de prevalencia confirman lo erróneo de esta suposición. Según el Consejo de Europa, **uno de cada cinco** niños es víctima de abusos sexuales. Estos son datos de extrema gravedad, tanto por la magnitud del problema que reflejan como porque ponen en evidencia que no se están detectando todos los menores que lo sufren. En una mañana de consulta, y en función del cupo, un pediatra debería detectar unos cuantos casos.

Además, hay diferencia según el género. El abuso sexual infantil es más frecuente en niñas que en niños.

Respecto a la persona del abusador, hoy sabemos que suele ser alguien conocido por el niño y que forma parte del entorno del menor. Es esto lo que le permite tener acceso a él. Puede ser un miembro de la familia o no, pero, por lo general, forma parte de su entorno más inmediato. Tampoco es cierto el mito de que los abusadores sean siempre delincuentes o enfermos mentales. Con frecuencia se camuflan bajo la apariencia de gran respetabilidad, lo que les proporciona la mejor coartada para permanecer lejos de toda sospecha.

¿Y cuando el abusador es alguien poderoso por razones económicas y/o del cargo laboral, político o religioso que ostenta? En estos casos sigue siendo un abusador y sus conductas son igualmente hechos delictivos, perseguidos y penados por la ley. Sin embargo, cuando esto ocurre, la experiencia de muchos compañeros es la de tener mayores dificultades para poder demostrar su culpabilidad y poder proteger a su paciente. ¿Qué se puede hacer en estos casos? Buscar, por encima de todo, la protección del menor para detener el proceso abusivo. El interés superior del menor prevalecerá por encima del interés del profesional y de cualquier otro interés. En esos casos, ¿el profesional es sujeto también de protección? Rotundamente sí, ya que él también se verá seriamente afectado. Pero no se trata solo de un profesional, se trata de varios. Y en esto reside la fortaleza del profesional para hacer frente al poder del abusador. Deberán estar implicados múltiples profesionales guiados por el interés superior del menor, como el pediatra, el colegio, la familia, fiscalía, los peritos, el juez, los Servicios Sociales, Salud Mental...

Otro de los mitos a desterrar es que “el abuso no tiene consecuencias graves”. Sobre la base de este mito se asientan otros del tipo “los niños abusados no precisan, entonces, una atención especial”. Y desde este supuesto se ha ignorado el impacto que ha tenido en estos niños. Las consecuencias que el abuso puede tener en los niños y adolescentes abarcan un amplio abanico de posibilidades, que van desde que las secuelas sean mínimas a que estas sean de extrema gravedad y comprometan el desarrollo infantil. Estas secuelas pueden llegar a la vida adulta.

Tampoco es cierto que “el incesto solo se produce en las clases sociales más desfavorecidas”. Se entiende por incesto la práctica de relaciones sexuales entre personas con un grado próximo de consanguinidad. El abuso sexual no se asocia con el estatus socioeconómico de los padres, pudiendo encontrarlo en cualquier clase social. Ciertamente, es más difícil su detección en niveles socioeconómicos elevados, ya que en esos casos el abusador cuenta con recursos e influencias para ocultarlo y que no se haga público.

Durante siglos, se ha pensado en los niños como seres asexuados, concediéndoles exclusivamente la posibilidad de tener sexualidad a partir de la adolescencia. Sin embargo, la sexualidad comienza en el mismo momento del nacimiento. No, claro está, la sexualidad adulta. Este mito ha tenido la funesta consecuencia de que no se ha hablado con los niños de sexualidad hasta que no eran mayores y, en algunos casos, incluso ni eso. Y, en consecuencia, no se les ha proporcionado herramientas para protegerse frente al abuso. Las acciones de prevención se han visto entorpecidas por este mito, ya que los menores han quedado excluidos de las mismas. Ninguna intervención preventiva será eficaz si no se cuenta con la participación de los niños y niñas. Y, por supuesto, de la familia. Esta es la tarea que más preocupa a padres y madres que preguntan angustiados: ¿cómo puedo hablar de este tema, sobre todo con mis hijos pequeños? ¿Hay que hablarles de sexo? ¿Es preciso explicárselo todo? La participación activa de los niños es incontestable en la prevención del abuso sexual, con el fin de mejorar sus habilidades para reconocer, evitar y denunciar las conductas abusivas.

Con frecuencia se piensa que los abusadores son siempre varones. Es cierto que hay muchas más posibilidades de que se trate de un hombre que de una mujer, pero en ningún caso se debe excluir esta posibilidad.

Los conocimientos actuales nos llevan a otra cuestión que el pediatra debe conocer y que tiene que ver con la relación existente entre abuso sexual y discapacidad infantil. Hoy sabemos que la discapacidad es un factor de riesgo frente al abuso. Es mayor la incidencia de abuso sexual en los niños discapacitados que en la población infantil en general. Ello es debido a una mayor vulnerabilidad en estos menores, debido a las dificultades para que el niño lo reconozca y, si lo reconoce, que se defienda y que lo cuente, si es que el desarrollo del lenguaje no está afectado. Según datos de algunos estudios (Kennedy, 1996), dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos discapacitados son víctimas de abuso.

Estas falsas creencias han traspasado también la barrera del saber científico y afectado a disciplinas

que consideramos científicas. Es, por ello, imprescindible que los profesionales revisemos nuestras creencias en el ámbito del ASI.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es un elemento o circunstancia que hace más probable que un determinado fenómeno se produzca. Se han descrito múltiples factores de riesgo en el abuso sexual infantil, que se pueden clasificar en individuales, familiares y sociales.

Dentro de los **factores de riesgo individuales** están:

- El sexo, ya que es más frecuente el abuso sexual en niñas que en niños. Según datos de prevalencia (F. López, 1994), en España el 15% de niños y el 22% de niñas son víctimas de abusos.
- Como se ha referido anteriormente, la discapacidad es también un factor que aumenta la probabilidad de sufrir abusos.
- Una supervisión deficiente por parte de padres o cuidadores hacia los niños. Es el caso de los denominados “niños de la calle”. Se trata de niños que carecen de familiares que les cuiden o que pasan mucho tiempo solos en la calle sin supervisión por parte de un adulto. Se acuñó también el término de “niños con la llave al cuello” para describe a los menores que permanecen solos gran parte del día, disponiendo de llave para entrar en su domicilio pero sin que haya un adulto encargado de ellos.
- Niños con carencias afectivas o cuyos padres disponen de poco tiempo para ellos y que pueden ser seducidos por cualquiera que les preste atención y se ocupe de ellos.

Dentro de los **factores de riesgo familiares** se encuentran:

- La separación conyugal conflictiva de los padres, porque puede interferir con las competencias parentales de cuidado y supervisión de los hijos. Además, son cada vez más numerosas las familias en proceso de separación que consultan al pediatra por el cuidado “inadecuado” del otro

padre. En algunas ocasiones la denuncia de abuso a la descendencia por parte de uno de los padres es una manipulación de los niños en esa guerra civil entre sus progenitores y esta es también una forma de maltrato al menor. En otras ocasiones, este es el momento que elige el niño para desvelar el abuso porque el abusador ya no vive en el hogar.

- Las familias monoparentales sin apoyo familiar o social, ya que el padre o madre custodios se pueden ver desbordados ante la responsabilidad casi exclusiva de cuidar de los hijos.
- En general, todas aquellas circunstancias que interfieran con una correcta supervisión y cuidado de los niños.

Por último, los **factores de riesgo sociales** serían aquellos factores presentes en el entorno y que favorecen el abuso sexual a menores:

- Uno de ellos sería el modelo económico actual, basado en una economía de mercado donde todo se puede comprar y vender y donde el niño puede ser percibido como un elemento de consumo.
- Como consecuencia del punto anterior, surge el turismo sexual, consistente en desplazarse a otro país con el objetivo de tener relaciones sexuales con menores. Los datos sobre turismo sexual con niños no son completamente fiables. Según estimaciones de Unicef, 1,8 millones de niños y niñas son víctimas de la prostitución infantil.
- Se incluiría en este apartado todos aquellos mitos y creencias que han invisibilizado el abuso y que ya han sido descritos con anterioridad.

EFFECTOS DEL ABUSO FRENTE A INDICADORES

El abuso sexual infantil es una experiencia traumática para los menores. Ya se ha referido la asociación del abuso con la aparición, evolución y gravedad de los trastornos mentales, debido a su efecto negativo sobre el desarrollo infantil. La mayoría de los niños y niñas abusados precisarán

tratamiento psicológico a causa del impacto emocional que supone para ellos esta experiencia.

Los efectos del abuso pueden ser a corto y a largo plazo, llegando incluso hasta la vida adulta. Se habla de efectos a corto plazo cuando estos aparecen dentro de los dos años posteriores al abuso. Los efectos a largo plazo aparecen transcurridos pasados esos dos años del abuso. Y pueden ser:

- **Cognitivos:** retrasos en el desarrollo, retraso en el aprendizaje, déficit atencional...
- **Físicos:** dificultad para caminar y sentarse; alteración en área anogenital como dolores, picores, hemorragias, desgarros, hematomas; infecciones genitales y del tracto urinario; enfermedades de transmisión sexual; embarazo; etc.
- **Conductuales:** el menor presenta conductas sexuales tales como masturbación compulsiva, conductas sexualizadas con otros niños, conocimientos sobre sexualidad que no son frecuentes a esa edad, negativa a ir con una determinada persona, cambios bruscos de conducta... Un indicador muy poderoso de abuso es el testimonio del niño, es decir, cuando el menor relata lo que le ha ocurrido, porque cuando un niño dice que ha sido víctima de abuso no miente casi nunca. Otra conducta que puede presentar es la retractación: el menor afirma que ha sido víctima de abuso y después lo niega. La retractación es un indicador de abuso. Los menores se retractan ante las amenazas y presiones del abusador, al comprobar el sufrimiento de su madre al enterarse o el peregrinaje al que se le somete de profesional en profesional.
- **Psicológicos:** alteraciones del sueño y de la alimentación, enuresis, encopresis, depresión, conductas autolíticas, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, sentimientos de culpa...
- **Sociales:** aislamiento social, abuso de otros menores, desconfianza, consumo de tóxicos...

No existe un síndrome específico ligado al abuso debido a que no todos los niños reaccionan de la misma manera ante esta experiencia, ni tiene el mismo impacto en ellos, ni son las mismas

circunstancias. Son frecuentes las alteraciones en la esfera sexual, la depresión y el trastorno por estrés post-traumático.

Los efectos que el abuso sexual tiene en los niños coinciden con los indicadores.

ALGUNAS CLAVES EN LA ATENCIÓN A MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO

- Creer al niño cuando relata su experiencia traumática. Y decírselo. No poner en duda lo que cuenta a riesgo de que calle para siempre.
- Animarle a que hable de lo que le ha pasado, pero sin forzarle jamás ni sugerirle las respuestas para no contaminar su testimonio. Y sin culpabilizarle por lo ocurrido.
- Poner en marcha de manera inmediata y urgente las medidas de protección necesarias que garanticen la detención del abuso y la interrupción de todo contacto con el abusador para protegerle de las conductas sexuales y de la dinámica relacional abusiva.
- Aceptar los sentimientos del niño y recuadrarlos como que “es normal que se sienta así, pero que llegará a sentirse mejor”.
- El profesional controlará las propias emociones que le despertará el relato del menor.
- Se realizará la exploración física y/o psicológica que se estime necesaria y en las condiciones óptimas para evitar una revictimización secundaria.
- Notificar los hechos en el Juzgado.

¿Y si no tenemos certeza de que los hechos relatados por el menor sean ciertos? ¿Y si se carece de pruebas o evidencias que lo demuestren? ¿Aún en estos casos se debe informar al Juzgado?

Se debe poner en conocimiento del Juzgado no solo cuando se tiene certeza de lo ocurrido, también cuando solo se cuenta con indicios o sospechas y cuando hay lesiones físicas y/o psicológicas. Pero cuando no hay lesiones también se debe notificar.

¿Cuáles son los criterios de urgencia en el abuso sexual infantil? Estos criterios están regidos siempre en función del bienestar del menor. Serían:

- El menor convive con el agresor o este tiene acceso a él.
- Ningún miembro de la familia adopta medidas de protección.
- Las conductas abusivas son severas.
- Así como las amenazas del abusador.
- Gravedad de las lesiones, tanto físicas como emocionales.

¿CÓMO HABLAR DEL ABUSO CON LOS NIÑOS?

Todos los profesionales experimentan el temor a hablar del abuso con los niños. Y por varias razones. La primera porque se carece de formación adecuada para abordar con los menores un tema tan delicado. Además, produce un cierto malestar e incomodidad en el profesional. También por el temor a traumatizar más al niño. A esto se suma el que los especialistas forenses recomiendan no preguntar sobre el asunto al menor por el riesgo de contaminar su relato.

Esta es la razón de que en estas líneas se aporten unas breves y sencillas orientaciones. El objetivo no es que el pediatra se convierta en especialista forense, sino en adquirir unos conocimientos básicos que le permitan discriminar datos importantes en lo que cuenta, por lo general, la madre.

Es recomendable hablar primero con la familia, sin el niño presente, para que puedan contar libremente lo ocurrido y lo que saben de la situación. Los adultos se sentirán más cómodos de esta forma. Es posible que delante del niño no quieran hablar de determinados aspectos o no lo hagan con la suficiente profundidad. Además, se verán libres para expresar su dolor, su rabia, los sentimientos de injusticia que les inundan, así como los de culpa, porque sienten que no han sido capaces de proteger mejor a su hijo o por no haberse dado cuenta antes... Incluso para llorar.

También es útil esta entrevista con los familiares para conocer el impacto que la situación está teniendo en el niño.

Se recomienda recoger la siguiente información:

- Fecha en que ocurren los hechos y, si no se trata de un episodio abusivo único, del primero y del último.
- Datos específicos sobre el abuso (conductas abusivas y su evolución en el tiempo, frecuencia, si pidieron al niño que no lo contara y si el abusador hizo uso de amenazas y/o de violencia, consumo de drogas, exposición a pornografía, si hubo testigos u otras víctimas...).
- Identidad del abusador y grado de parentesco con el niño.
- Y lo más importante de todo: ¿tiene el abusador acceso al niño?
- Impacto en el menor tanto a nivel psicológico (trastornos del sueño, estado de ánimo, sentimientos de culpa, ansiedad, disminución del rendimiento escolar...) como físico (hemorragias, desgarros, picores, infecciones...).
- Consecuencias del descubrimiento del abuso tanto a nivel judicial, económico, social o escolar como a nivel emocional en la familia.

No es frecuente obtener toda la información anterior con la familia, pero estas preguntas orientarán al profesional a saber qué datos son los importantes. Y con la respuesta obtenida, el pediatra podrá tomar las decisiones más acertadas respecto a:

- La protección del menor. Si el abusador tiene acceso al niño o pudiera tenerlo se estaría ante una situación de urgencia que requiere la intervención inmediata para asegurar la plena protección del menor y evitar la dinámica abusiva.
- El estado físico del niño y la posibilidad de hallazgos en este sentido que podrían ser pruebas judiciales irrefutables. Además del cuidado sanitario que las posibles lesiones requieran.
- El estado emocional del menor y su derivación a los servicios de salud mental. Siempre con carácter urgente. El abuso sexual infantil es una urgencia social, no solo sanitaria.

- La familia siempre necesita de unas sencillas y realizables orientaciones.

Toda la información anterior prepara al profesional para hablar con el niño. No será nunca una entrevista forense. El objetivo es conocer el estado actual del menor para poner en marcha las intervenciones más ajustadas. Pero, durante la exploración, el niño puede hacer referencia al abuso o que lo induzca alguna de las preguntas del profesional. Por ejemplo, preguntar al niño sobre el contenido o la causa de sus pesadillas puede llevarle a que cuente lo que le ha pasado.

Algunos consejos para la entrevista con el niño:

- La actitud del profesional será empática y cercana desprovista de cualquier indicio de poder o autoridad.
- Establecerá con él una relación cálida y de confianza.
- No transmitir nunca incredulidad ante lo que cuente el niño. Y esto ocurre cuando se realizan preguntas del tipo: “¿estás seguro?, ¿no te lo habrás inventado?”.
- Tampoco es recomendable realizar juicios de valor respecto a lo que cuenta y mucho menos culpabilizarle.
- Ni interrogarle ni forzarle para que hable.

- No emplear jamás un lenguaje técnico. El lenguaje del profesional estará adaptado a su edad.
- No realizar jamás preguntas sugestivas, es decir, que lleven implícita la respuesta esperada por el profesional. Serán preguntas abiertas.

El pediatra precisa unos conocimientos mínimos para desenvolverse en esta situación, que le permitan manejar la propia ansiedad y tener una actuación más eficaz.

Todos los datos recogidos serán la base del informe que se debe cursar a las instancias oportunas, a saber, Juzgado de Guardia, Policía o Fiscalía con independencia de que la familia denuncie también el suceso.

El reto ante el abuso sexual infantil es... conseguir que los niños crezcan con una imagen positiva de la sexualidad.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

ASI: abuso sexual infantil • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **Unicef:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abuso sexual infantil. Manual de Formación para Profesionales. En: Save the Children [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Barudy J. El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Madrid: Paidós, 1998.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía. Cuadernos de trabajo. En: Red Sabia [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en www.redsabia.org/file.php?file=%2F1%2FSalud_y_buen_trato_a_la_infancia_y_adolescencia_en_Andalucia.pdf
- De Manuel C. Palabras prohibidas. Barcelona: Bellaterra; 2014.
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel; 2000.
- Enseñe a su hijo “La Regla de Kiko”. Guía para padres y educadores. En: Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/Kiko_02_Guia%20para%20Padres%20y%20Educadores.pdf
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Cuando sospechar el maltrato infantil. Guía NICE de Directrices Clínicas 89. En: NICE [en línea] [consultado el 14/04/2017]. Disponible en <https://goo.gl/eJuiM2>

- Prevención y abordaje del maltrato infantil y abuso sexual desde la familia y las AMPA. Guía para padres y madres. En: CEAPA [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en www.ceapa.es/sites/default/files/uploads/ficheros/publicacion/prevencion_y_abordaje_del_maltrato_infantil_y_abuso_sexual_desde_la_familia_y_las_ampas_0.pdf
- Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. En: Save the Children [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_los_ninos_y_las_ninas.pdf