



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Gil Arrones, JM

Actuación del pediatra ante la sospecha de abuso

Pediatría Atención Primaria, vol. XIX, núm. 26, suppl, 2017, pp. 49-54

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366655204006>

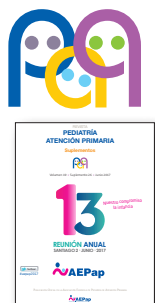
- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

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



Juan M. Gil Arrones:
juangilarrones@hotmail.com

Mesa redonda

Actuación del pediatra ante la sospecha de abuso

Juan M. Gil Arrones

CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

La mayoría de las definiciones del abuso sexual han tomado como referencia la formulada por el Centro Internacional de la Infancia en París en 1980¹.

A efectos prácticos, se entiende por abuso sexual infantil cuando, mediante seducción, engaño o violencia, con o sin contacto genital o físico, se producen actuaciones de beneficio sexual para el agresor que pueden causarle impacto físico o emocional a la víctima o alterar el desarrollo de su sexualidad.

Podemos considerar algunos criterios de referencia de utilidad para nuestra aplicación en la clínica del concepto de abuso sexual:

- Víctima menor de 18 años.
- Intención de obtener satisfacción sexual por parte del autor.
- Acto oculto mediante pacto de silencio.
- Asimetría de poder o de edad superior a 4-6 años entre la víctima y el autor.
- No se puede otorgar consentimiento si la víctima es menor de 16 años.

- El hecho se produce mediante violencia, amenazas, engaño o seducción.

Por lo tanto, no debemos esperar a que existan lesiones físicas y situaciones de gran impacto social para sospechar que estamos ante un posible caso de abuso sexual². El hecho de que no siempre existan lesiones físicas importantes no significa que las conductas abusivas no puedan tener consecuencias muy graves para la salud de la víctima; todo lo contrario, las lesiones psicológicas suelen dejar el impacto más grave para la salud de las personas menores de edad que las padecen.

Según el Consejo de Europa, **una de cada cinco** personas menores de 18 años pertenecientes a países de nuestro entorno ha padecido alguna forma de abuso sexual, lo que coincide con las cifras dadas por Félix López en nuestro país y por otros autores. Podemos afirmar que el conocimiento real de la dimensión del problema está en función de **nuestra capacidad para detectarlo**. Es una gran responsabilidad que tenemos los pediatras y muchos profesionales, porque de nuestra capacidad de detección dependerá, en gran medida, que estas personas reciban la atención adecuada.

La detección del abuso sexual por parte de los pediatras comienza con el conocimiento y la valoración adecuada de los síntomas o **indicadores de sospecha**³. Al principio solo se parte de una sospecha que debe valorarse adecuadamente a través del análisis de los indicadores o síntomas que presenta, de las exploraciones y exámenes complementarios que procedan y de un adecuado diagnóstico diferencial en el que no se debe descartar el abuso sexual mientras no existan razones objetivas para hacerlo.

Los indicadores de sospecha de abuso sexual pueden ser de tres tipos:

- El menor, sus familiares o cuidadores lo verbalizan.
- Detección de indicadores físicos en la exploración.
- En la conducta del menor o de sus cuidadores.

Inicialmente, el pediatra debe actuar de una forma casi automática ante la presencia de algún indicador de sospecha: anotar, describir y documentar el indicador detectado, explorar la existencia de otros posibles indicadores, hacer una valoración inicial de la situación y notificar la sospecha o compartirla con otro profesional⁴. Ante la presencia de un indicador de sospecha nunca se tiene la certeza ni es posible descartar el abuso hasta que se concluya un estudio que casi siempre debe ser médico, psicológico y social.

Es, pues, muy importante conocer los síntomas que, inicialmente, van a hacernos sospechar que los trastornos que presenta ese niño o, más frecuentemente, esa niña, se deben a que está padeciendo alguna forma de abuso sexual. Probablemente el motivo de consulta sea un trastorno de conducta, o un dolor abdominal recurrente, o un sangrado, o una verruga genital⁵ (**Tabla 1**).

Hasta en un 57% de los casos estudiados en los tres hospitales públicos de Sevilla hemos encontrado algún **indicador físico** de sospecha, por lo que debemos ser minuciosos en nuestras exploraciones y en la descripción de las lesiones o marcas que encontremos. También es importante detectar indicadores de sospecha en la conducta de la persona menor durante la exploración: debemos estar atentos cuando nos

encontremos con un niño triste, o que presenta una resistencia a la exploración de genitales que puede estar viviendo como una reacción de pánico, como una verdadera agresión.

La mayoría de los indicadores físicos no son específicos (exclusivos) del abuso sexual, ya que pueden presentarse por otras causas diferentes, por lo que es necesario hacer un adecuado diagnóstico diferencial. También es importante considerar que muchas de las lesiones que se producen por mecanismos empleados en el abuso sexual pueden ser no permanentes, porque cicatricen íntegramente y que no dejen marcas o secuelas. En el caso de la mucosa genital las heridas pueden cicatrizar en el plazo de 48-72 horas, por lo que este es el tiempo que debe realizar la exploración física el especialista que convenga a partir de la fecha probable del último episodio de abuso. También ese es el plazo máximo en el que podemos encontrar muestras biológicas del agresor. Antes de las 72 horas se considera que el abuso ha sido **reciente**.

Otras veces son los familiares del menor quienes nos consultan porque su hija o su hijo **ha verbalizado**, de alguna forma más o menos explícita, que ha sido objeto de abuso sexual. En nuestra experiencia, el 90,8% de los casos estudiados verbalizaron en algún momento haber padecido conductas compatibles con abuso sexual; porcentaje que va siendo menor a medida que se suceden las entrevistas y el número de profesionales que les hacen las mismas preguntas. Cuando llegan a instancias judiciales solo una pequeña proporción, el 23,2%, mantiene sus relatos y un 22,4% se retracta, a veces hasta cuatro y seis años más tarde; lo que llega a ser muy perjudicial para la víctima, que puede sufrir un proceso de revictimización⁶.

Por todo ello, es muy importante que las entrevistas y las exploraciones se realicen en **condiciones técnicas adecuadas** y que respeten la situación emocional, la edad y las circunstancias de la persona afectada.

Para el manejo inicial en la consulta de Pediatría, podemos seguir algunas recomendaciones⁷:

- No interrogar, formular preguntas abiertas y no inducir la respuesta.

Tabla 1. Indicadores de sospecha en 76 casos. Frecuencia

Físicos (n = 44; 57,14%)		Conductuales (n = 76; 100%)	
Heridas y equimosis extragenitales	3	Tristeza	39
Prurito y molestias anales	6	Miedo	42
Dilatación anal	4	Rechazo al agresor	49
Fisuras y lesiones perianales	9	Dependencia del agresor	5
Estreñimiento secundario	2	Vergüenza	32
Sangrado anal	3	Apatía	15
Enrojecimiento perianal	5	Introversión	14
Enrojecimiento vulvar, introito, labios	17	Baja autoestima	13
Alteraciones del himen	12	Culpa	23
Vulvovaginitis, cistitis	10	Trastorno del sueño	32
Enfermedades de transmisión sexual	1	Cambios de conducta	40
Embarazo	2	Rendimiento académico	29
Funcionales		Conducta antisocial	14
Taquicardia, palpitaciones	2	Agresividad	24
Pérdida de conciencia, convulsiones	2	Conducta regresiva	13
Cefaleas	1	Conducta autolítica	3
Dolor abdominal	5	Rechazo a la exploración	11
Náuseas, vómitos	3	Alteración de la conducta alimentaria	15
Enuresis, encopresis	13	Pudor/aseo	12
Otros	7	Agresiones sexuales	3
		Juegos sexualizados	22
		Sedución, masturbación	16

- Recoger las manifestaciones del menor y de sus acompañantes por separado. Registro en su historia clínica con medidas de confidencialidad.
- Evitar duplicidad de exploraciones invasivas o de genitales. No explorar por el pediatra inicialmente si debe ser explorado por otro especialista o por el médico forense.
- Si procede exploración en Atención Primaria, conviene estar acompañado por otro profesional, en condiciones adecuadas de espacio y de tiempo, previo consentimiento informado verbal o escrito.
- Documentar los indicadores de sospecha (registrar, describir, tomar fotografías de lesiones si existen, previo consentimiento informado).
- Valorar si se debe dar información a los padres sobre el diagnóstico de sospecha: si procede, qué información, cómo, cuándo, dónde.

La asistencia pediátrica de esos casos de sospecha debe tener lugar en dos momentos asistenciales: uno básico y otro especializado^{5,8}.

En el **nivel asistencial básico**, todos los pediatras saben detectar indicadores o recibir y orientar la sospecha de los padres, de otros profesionales o la verbalización de los propios afectados.

En este primer momento asistencial, el pediatra de Atención Primaria que detecta indicadores de sospecha o recibe la derivación del caso por parte de otro profesional (policía, educador, trabajador social, juez, etc.), con las recomendaciones anteriores, debe proceder a valorar:

- Si se trata de un caso reciente o no reciente.
- Si puede tratarse de un caso intrafamiliar.
- Valorar si existe riesgo vital o riesgo de desprotección:
 - Si está en peligro su integridad física o psicológica.
 - Si podría repetirse el abuso si volviera a su domicilio.
- Decidir si debe ser derivarlo al hospital:
 - Si necesita exploración o tratamiento por otros especialistas o por el médico forense

(requiere exploración por el médico forense cuando existen o pueden existir lesiones recientes según sus relatos).

- Si existe o puede existir riesgo vital, si presenta lesiones graves o un importante impacto emocional.
- Si existe o puede existir riesgo de desprotección (si podría repetirse).

En cualquiera de estos casos se debe garantizar el desplazamiento al hospital. Cuando existe verbalización del menor, conductas o lesiones muy evidentes, el pediatra de Atención Primaria debe facilitar las exploraciones por los especialistas que procedan: ginecólogas, digestólogos, psicólogos, dermatólogos, entre otros, a ser posible en una unidad de referencia en estudio de abuso sexual. Estas exploraciones deben realizarse antes del plazo de 72 horas desde el último episodio probable.

Esta valoración debe hacerla el pediatra con su propio criterio, basada en los datos de que dispone y considerando el bien superior del menor por encima de otras consideraciones.

En todos los casos de sospecha, una vez concluida la valoración inicial del caso, el pediatra debe **decidir a quién notifica** la sospecha (**Tabla 2**). Es importante que comparta la información de cualquier grado de sospecha ante la existencia de algún indicador, aunque no todos deben ser inicialmente denunciados como posible delito, o puestos en conocimiento del Servicio de Protección de Menores correspondiente, si los indicadores no son concluyentes y no se valora la existencia de riesgo vital o riesgo de desprotección.

En algunos casos en los que los indicadores de sospecha no son concluyentes, aunque sí compatibles con el abuso, el pediatra puede necesitar hacer un seguimiento de la evolución de los síntomas, de la existencia de otros posibles indicadores, y descartar otras posibles causas ya sean accidentales o por enfermedades.

En cualquier caso, siempre es conveniente compartir la información con otros profesionales, a ser posible en equipo, para facilitar la toma de decisiones y reducir posibles errores. Además, si puede existir un delito, el pediatra tiene la obligación legal de notificarla.

Tabla 2. Recomendaciones para la notificación de casos de sospecha de abuso sexual en personas menores de edad⁸

	Cuándo	A quién/cómo se notifica
1	Existen dudas Situaciones o factores de riesgo social	UTS Mediante P. 10, informe... en sobre cerrado
2	Presenta indicadores de maltrato y no existe riesgo vital, ni lesiones graves o importante impacto emocional, ni riesgo de desprotección	UTS Hoja de notificación cumplimentada conjuntamente con trabajador social UTS y Servicios Sociales Comunitarios Si se trata de un caso intrafamiliar
3	Presencia de lesiones Verbalización de maltrato o de abuso Puede existir delito	Juzgado de Guardia Parte de lesiones a través de dirección del centro y copia a la UTS en sobre cerrado
4	Presenta indicadores de sospecha y existe o puede existir riesgo vital, lesiones graves, importante impacto emocional o riesgo de desprotección	Juzgado de Guardia Parte de lesiones a través de la dirección del centro de salud Por teléfono en casos de negación de asistencia o riesgo de agresión Policía si procede Por negación de asistencia o riesgo de agresión + UTS + Servicio de Protección de Menores Si es intrafamiliar o puede estar en desprotección En todos los casos de abuso sexual Mediante hoja de notificación cumplimentada con la UTS

UTS: Unidad de Trabajo Social.

En un **segundo nivel asistencial especializado**, al que deriva el pediatra de Atención Primaria, se debe concluir la valoración de los indicadores detectados, hacer el diagnóstico diferencial y concluir la valoración diagnóstica de la probabilidad del abuso desde el punto de vista clínico.

En este segundo nivel asistencial, se procede a entrevistar a los familiares y a la posible víctima, por un pediatra de referencia con experiencia suficiente, acompañado por un trabajador social, psicólogo o por otro profesional sanitario. Posteriormente, con el consentimiento informado del menor y/o de sus padres o tutores, se procede a realizar una exploración física integral.

La entrevista y la exploración se realizarán por los profesionales con mayor experiencia en casos de abuso sexual a menores, de forma coordinada entre los especialistas que deban intervenir. La entrevista se realizará primero a los padres o familiares sin la presencia del menor, en un lugar adecuado, sin prisas, al menos con la presencia de dos profesionales. Después, se programará una entrevista al paciente, en condiciones técnicas adecuadas, a ser posible unificando la presencia del trabajador social, psicólogo y el pediatra responsable de su asistencia, para lo que se requiere tiempo, unas instalaciones adecuadas y unos profesionales entrenados y coordinados.

Posteriormente se valorarán las exploraciones que puedan ser necesarias por los especialistas que procedan, con la presencia del médico forense si se prevé la existencia de lesiones, en un solo acto, mediante sedación si el estado de la persona afectada lo requiere.

Con los resultados de las exploraciones, de las entrevistas y hecho el diagnóstico diferencial de los síntomas e indicadores de sospecha, se procede a realizar un **diagnóstico médico del abuso sexual**, en una escala de probabilidad en la que se descarta el abuso, es probable, existe una alta probabilidad o una certeza del abuso.

El diagnóstico médico del abuso sexual debe descartar que las lesiones, marcas o síntomas que presenta se deban a una enfermedad, a un accidente o a una variante anatómica^{5,8}.

Para hacer el diagnóstico médico de abuso sexual no siempre es necesaria la existencia de lesiones o marcas “específicas” o patognomónicas de abuso sexual. Cualquier herida contusa, equimosis, erosiva... en genitales, en muslos, en antebrazos... pueden ser lesiones producidas como consecuencia del mecanismo del abuso, mediante tocamientos, penetración, medidas de sujeción, etc. Un sangrado vaginal puede corresponder a diferentes causas, pero si se descartan las de tipo médico o las producidas por traumatismo accidental, debe hacerse un seguimiento a lo largo del tiempo y explorarse la existencia de otros indicadores de sospecha, quizás cambios en su conducta.

La suma de diferentes tipos de indicadores de sospecha (verbalización, indicadores físicos, conductuales en el menor o en sus familiares) incrementará la probabilidad del diagnóstico médico del abuso sexual.

En nuestra experiencia, para evitar errores en el diagnóstico de salud del abuso sexual a personas menores de edad, debe procederse en casi todos los casos a un estudio médico, psicológico y social, para lo que es imprescindible un trabajo en equipo, interdisciplinar. Los resultados de estos estudios no siempre son coincidentes: no siempre coinciden el estudio médico y el psicológico, sin que el diagnóstico deba cuestionarse por ello.

Es función de los Servicios de Salud, especialmente desde Atención Primaria, facilitar a la persona menor de edad que puede ser víctima de abuso sexual una asistencia integral de calidad, adaptada y coordinada, la elaboración de un informe clínico que puede tener valor pericial y la facilitación de un adecuado proceso de recuperación.

No debemos olvidar los pediatras que, de hecho, trabajamos dentro de un equipo interdisciplinar con otros especialistas, con otras instituciones, con el objetivo común de facilitar la protección del menor y la recuperación de su proyecto vital. Muchas veces de nuestra adecuada actuación dependerá que los demás profesionales puedan ayudar a esa persona.

El papel del pediatra debe anticiparse a la aparición del abuso y participar en la promoción de los valores de la infancia, de la parentalidad positiva, y en la

prevención de todas las formas de violencia o abuso sexual. El pediatra puede propiciar oportunidades para dar a los padres mensaje para la protección de sus hijos y para que estos desarrollen sus capacidades de autoprotección ante los posibles abusadores que, como sabemos, suelen ser personas próximas y a las que probablemente conocen.

Los padres deben estar atentos ante cualquier cambio brusco en la conducta de sus hijos, romper de antemano el posible pacto de silencio desmontando el “secreto” que pudiera proponer al agresor a la víctima, creer siempre a sus hijos y ponerse incondicionalmente de su parte. En esta tarea y ante las dificultades de los procesos deben sentirse siempre comprendidos y apoyados por el pediatra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Los niños víctimas de los servicios y los malos tratos. París: Centro Internacional de la Infancia; 1980.
2. Junyen Priu M, García García JJ, Pou Fernández J. El maltrato infantil: detección e intervención. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:443-441.
3. Programa de Pediatría Social. Sevilla: Hospital Universitario de Valme; 1993.
4. Observatorio de la Infancia, Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Detección, notificación y registro de casos. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf
5. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil. En: Junta de Andalucía [en línea] [consultado el 14/05/2017]. Disponible en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1416575260.pdf
6. Gil Arrones J, *et al*. Estudio multicéntrico de 77 casos de abuso sexual a menores. Congreso Nacional de Pediatría Social. Palma de Mallorca, 2007.
7. Estopiña Ferrer A, Gancedo Baranda A. Abuso sexual infantil. En: Gancedo Baranda A. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon, 2015. p. 27-35.
8. Gil Arrones J, *et al*. Protocolo de atención al maltrato infantil y juvenil en centros de Atención Primaria de salud. UGC Las Portadas-Santa Ana. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2015.