



Abuso sexual y maltrato infantil

Definiciones

Maltrato infantil: Cualquier acto o serie de actos de comisión u omisión de parte de uno de los padres u otro cuidador que resulta en daño potencial, daño o amenaza a la integridad física o emocional de un menor de 18 años.

Tipos de maltrato infantil

- lesiones físicas
- daños emocionales
- negligencia
- abuso sexual

Abuso sexual: Obligar a un menor de 14 años a ejecutar sobre ella, sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin penetración carnal. La pena es de 5 a 7 años de prisión. Si la víctima es menor de seis años la pena es de 7 a 10 años (artículo 170, Código penal).

Violación: El acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal, o la introducción por vía vaginal o anal de objetos, dedos u órganos distintos al órgano viril. La pena es privación de libertad de 19 a 22 años (artículo 171, Código penal)

Epidemiología

- Hasta 1 de cada 3 niños sufre de maltrato, sin embargo el subregistro del problema limita su abordaje, así como su investigación.
- Las formas más frecuentes de maltrato son el físico y la negligencia.

- La prevalencia de abuso sexual varía en diferentes regiones geográficas.
- Se reporta que 3 de cada 10 niños y hasta 7 de cada 10 niñas han sufrido abuso sexual.
- El 25% a 56% de las fracturas en los niños menores de 1 año se deben a abuso.

¿Cuándo sospechar maltrato físico?

Siempre que tenemos un niño con moretones, heridas, o fracturas y la historia de lo ocurrido es incompatible con los hallazgos físicos o incoherente; por ejemplo:

- Ninguna explicación o una explicación vaga de lo ocurrido.
- Un cambio drástico de la versión sobre lo ocurrido.
- La explicación es incompatible con los hallazgos físicos, la edad, o la gravedad de las lesiones.
- Una explicación es incompatible con las capacidades físicas o el desarrollo del niño.
- Diferentes testigos proporcionan versiones muy diferentes del mecanismo de la lesión.
- El 80% de las fracturas por abuso se produce en menores de 18 meses.
- Datos vagos en la entrevista clínica y sospecha de una historia fabricada.
- Cuando las características de una fractura no coinciden con el mecanismo de trauma descrito por los cuidadores.
- Historia incompatible o inverosímil con la edad, la fuerza física o las capacidades del niño que nos hacen sospechar de una historia inventada.
- Retraso de parte de los cuidadores en la búsqueda de atención.
- Hallazgos atípicos en el examen físico.
- Historia de múltiples fracturas.

La presencia de uno o más de los siguientes hallazgos en la evaluación de un menor de 3 años, cuya condición ameritó internación, debe levantar altas sospechas de maltrato físico: 1) compromiso respiratorio antes del ingreso; 2) hematomas en oídos, cuello, torso; 3) hematoma subdural y/o colecciones bilaterales o inter hemisféricas; 4) cualquier fractura de cráneo que no sea una fractura de cráneo parietal lineal aislada, unilateral, no diastásica (sensibilidad 100%, especificidad 11%).

De las diversas formas de maltrato, el síndrome de bebé sacudido (SBS) es uno de los más estudiados, a pesar de que su prevalencia corresponde solo a los primeros 2 años de vida. El llanto del niño provoca un sentimiento de frustración de los cuidadores durante los primeros meses de vida que puede llevar a la ocurrencia de traumatismo craneal por abuso (TCA) o SBS.

Los programas educativos exitosos en el primer mundo para la prevención de TCA o SBS, brindan educación postnatal a todos los padres antes del alta de la institución donde nace el menor y logrando una reducción de las tasas de hospitalización en menores de 24 meses.

¿Cuándo sospechar abuso sexual?

- El niño revela el abuso sexual.
- El niño presenta signos conductuales y físicos sugestivos de abuso (véase más adelante).
- Los signos físicos, sugestivos de abuso, se detectan durante el curso de un examen de rutina.
- Un familiar denuncia o sospecha abuso.
- Cambios en el comportamiento.

Signos y síntomas en la entrevista clínica que nos hacen sospechar abuso sexual

- Hematomas, contusiones, cortes en sitios inusuales (por ejemplo, los brazos, los muslos internos).
- Dolor, secreción, inflamación o abrasiones de la zona genital.
- Enfermedad de transmisión sexual.
- Embarazo
- El niño presenta una conducta sexualizada (actitud seductora hacia los demás, tocar los genitales de otras personas, masturbación pública).
- Depresión, Ansiedad.
- Conducta agresiva, comportamiento antisocial.
- Temor, que se manifiesta al evitar el contacto físico.
- Regresión repentina de comportamiento (por ejemplo, chuparse el dedo, enuresis).
- El comportamiento auto destructivo (por ejemplo, la automutilación, la participación deliberada en conductas de riesgo, intentos de suicidio).
- Consumo de drogas y alcohol.
- Trastornos funcionales: de la alimentación o del sueño (pesadillas).
- Enuresis, constipación, encopresis fecal.

Nota: Estos trastornos también son comunes en otras situaciones clínicas, pero en el diagnóstico diferencial, debe considerarse abuso sexual.

La entrevista clínica ante la sospecha de abuso sexual

La comunicación debe centrarse en el bienestar del niño y debe evitarse un discurso acusatorio. Si existe una sospecha muy fun-

dada de abuso sexual, se debe reportar a las autoridades correspondientes de bienestar infantil, con el fin de iniciar las investigaciones y garantizar un ambiente seguro para el niño. Otros profesionales también pueden ser consultados, un psicólogo, un psiquiatra infantil, médicos forenses o autoridades de bienestar infantil.

Deberían existir centros de referencia para investigación de abuso sexual infantil en grandes hospitales o centros de referencia.

La evaluación legal de los casos de abuso o violación, debe ser realizada en un Centro especializado, que cuente con el equipo multidisciplinario conformado por: el médico legista, la policía, las autoridades de bienestar infantil, psicología. El personal que lleva a cabo las evaluaciones de abuso sexual de menores debe tener experiencia en la tarea. Por lo menos dos profesionales deben estar presentes cuando se realiza una evaluación, para garantizar la protección jurídica tanto de los profesionales como los que están siendo examinados.

No todos los niños abusados sexualmente muestran cambios en el comportamiento. Algunos, hacen todo lo posible para ocultar el abuso.

Cuando se ha descartado la participación del cuidador en el abuso o maltrato se debe informar con honestidad todos los hallazgos.

La administración de la píldora anticonceptiva de emergencia en Ecuador es legal desde 1998, está reconocida como tal en la Normas de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud. Su uso está indicado en situaciones de emergencia como violencia sexual. La entrega de este método debe ser acompañada de asesoría sin importar la edad, NO se requiere de receta médica, consulta médica, cédula de identidad, ni del acompañamiento de ninguna persona.

Laboratorio e imagen

- BH con plaquetas: si se sospecha de trauma abdominal, deshidratación o fracturas.
- TP TTP: si existen sangrados, moretones, anemia o sospecha de trastornos de la coagulación.
- EMO: sospecha de trauma pélvico o abdominal, deshidratación o sospecha de daño renal.
- Niveles de alcohol y drogas en sangre: si se sospecha intoxicación.
- VDRL, HIV, Hepatitis B, Clamidia: si la historia o examen es sugestivo de abuso sexual.
- Rx óseo: en niños menores de 2 años o si sospecha de fracturas óseas.
- Tomografía o Resonancia Magnética: si se sospecha de traumatismo abdominal, trauma cráneoencefálico, o ante la presencia de hallazgos neurológicos anormales.

Las pruebas de laboratorio pueden ser capaces de detectar rasgos de semen o fluidos corporales hasta 72 horas luego del abuso sexual.

Aspectos socioculturales

Este problema complejo tiene que ver con las sociedades en las que vivimos, la cultura, la ideología, el machismo, la dinámica familiar y el desarrollo de personalidad tanto de la víctima, como del victimario.

Desde la Teoría General de Sistemas (TGS), concebida por Karl Ludwig von Bertalanffy, biólogo y filósofo austriaco, en la década de 1940, se intenta definir las características de la dinámica de las familias abusadoras, encontrando la presencia de una estructura familiar rígida, la confusión de roles en los miembros de la familia, el aislamiento social, problemas sexuales de la pareja parental, falta de límites físicos y psicológicos, la negación como mecanismo de defensa, y la homeostasis exagerada, “familia cohesionada patológicamente” donde padres e hijos dependerían de los otros, hasta el punto de creer que no podrían sobrevivir el uno sin el otro(14), (15), (16).

Desde la “Ideología de Género” formulada por: Alfred Kinsey, John Money, y Margaret Sanger, se señala que el incesto ocurre en familias disfuncionales pero que puede ser visto como otro tipo más de violencia sobre las mujeres y los niños, inherente a las relaciones promovidas por la cultura patriarcal y por el machismo (17). El patrón familiar más comúnmente descrito es el de una estructura rígida, patriarcal, con el padre manteniendo una posición dominante a través de la fuerza y la coerción. Por otra parte, también se ha descrito el patrón inverso, donde la madre es dominante y el padre pasivo, sintiéndose poderosos en la relación incestuosa con el niño (18).

A diferencia de las otras familias mal disgregadas, en donde hay un miembro de la pareja, generalmente la madre que asume el rol materno y paterno, supliendo el sub funcionamiento del otro miembro de la pareja. En estas familias con abuso sexual, ambos padres presentan dificultades en el empoderamiento de su rol parental, resultando poco congruentes en las funciones normativas y de protección de sus hijos(as).



Mira e video en
Saludesa TV:

<https://goo.gl/hpBD9a>

Jorge Barudy Labrín, médico y neuropsiquiatra chileno-belga, a través de su trabajo clínico y de una epistemología eco sistémica, plantea un modelo para entender el abuso sexual intrafamiliar. Él plantea que *“los abusos sexuales intrafamiliares son el resultado de una multiplicidad de factores que bloquean o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de la familia”* (19), distinguiendo dos tipos de familias; aquellas en las que existiría un trastorno en el proceso biológico de “impregnación”, alterando los procesos de apego y familiaridad, lo cual repercute en que los adultos no poseen “una emoción” que les frene la excitación provocada por el cuerpo del niño(a); y aquellas en las que existiría una alteración del proceso de socialización, condicionado por factores sociales y culturales, generando un trastorno en la integración de la norma del “tabú del incesto” (20).

Con respecto a la transmisión intergeneracional del abuso, diversas investigaciones han constatado que los adultos que han sido maltratados, sufrido abusos sexuales y/o serios descuidos en su infancia, corren el riesgo a su vez de maltratar o abusar de sus hijos(as).

También existen estudios que muestran la relación que existe entre los abusos sexuales en la infancia y el posterior sometimiento y mantención de relaciones de violencia física y emocional en la vida adulta, existe una relación entre niños abusados que llegan a ser abusadores y madres de niños abusados que habían sido ellas mismas abusadas (21).

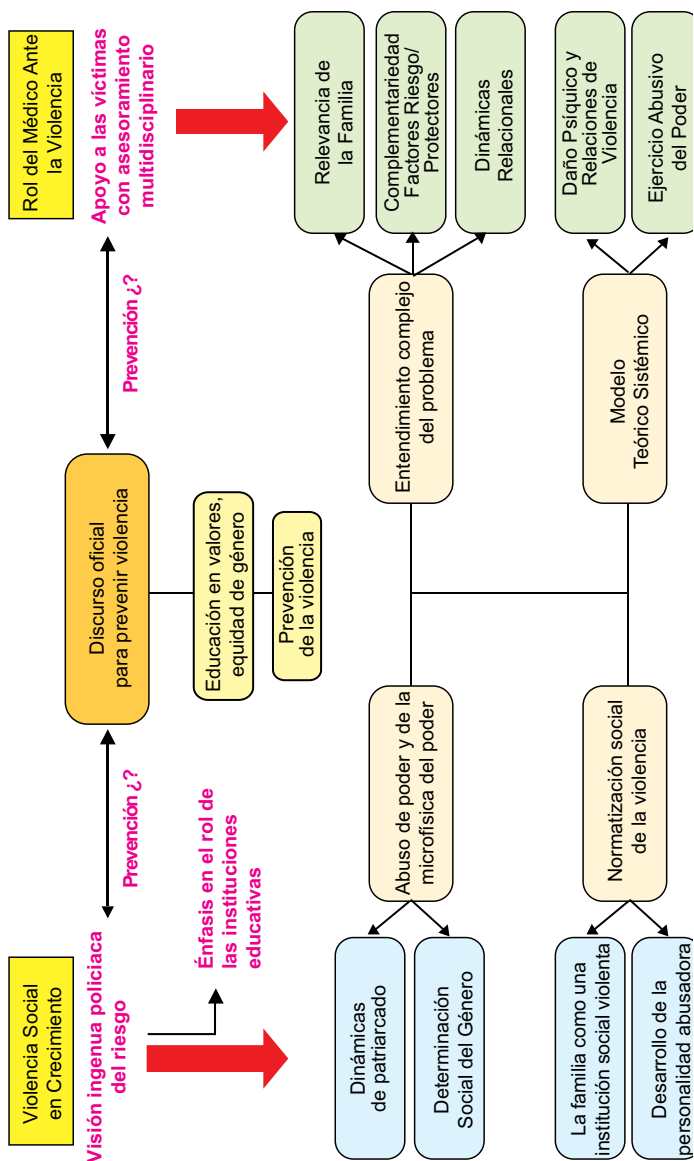
Frank W. Putnam, médico pediatra y psiquiatra estadounidense, describe los siguientes factores de riesgo familiares para abuso (22):

- Ausencia de uno o ambos padres.
- Presencia de un padrastro.
- Impedimentos parentales: enfermedad de la madre, alcoholismo de la madre, conflicto conyugal, abuso de sustancias, aislamiento social, padres castigadores.

El maltrato infantil y más aún el abuso sexual (incluido el infantil) constituyen problemas complejos cuyo abordaje supera la capacidad de los agentes de salud (incluido el médico), (figura 1). Sin embargo, es preciso que el médico desarrolle una perspectiva que le permita brindar a apoyo a las víctimas de una forma práctica y superar la visión ingenua (policíaca), muchas veces pretendida por el enfoque de riesgo. Es bien conocido que los reportes de maltrato físico, cuando son facilitados por los profesionales pueden ser inclusive de hasta 0% y en cambio los auto reportes comparativos arrojan hasta el 30% de casos de maltrato.

El abordaje social de esta complejidad resulta tan abrumador, que la mayoría de los profesionales de salud refieren no intervenir frente al abuso y la violencia (grafico1).

Gráfico 1 Complejidad que enfrentan los profesionales de la salud en el abordaje e intervención del Abuso Sexual Infantil



Fuente: Manual Médico Saludesa

A pesar de que los programas educativos que orientan a los profesionales a identificar signos de maltrato, no reducen el impacto del problema, solo permiten visibilizarlo. Es pertinente reconocer que aún las herramientas más sofisticadas, es decir con mayor potencia de predicción estadística de maltrato, pueden resultar inútiles en las cortes legales. Por lo tanto, el involucramiento del equipo de salud debe ir de la mano con el asesoramiento multidisciplinario (psicólogos, psiquiatras forenses, trabajadores sociales, abogados, etc.) que conozca la dinámica legal, social, económica y logística de la asistencia a las víctimas.

En Latinoamérica, en los sectores excluidos, la violencia y las formas de violencia van en aumento, con una sofisticación de la delincuencia organizada y toda una subcultura alrededor de esta. La violencia en la familia y en las instituciones puede estar vinculadas y propiciar otras formas de violencia. Nancy Scheper-Hughes, antropóloga estadounidense y Philippe Bourgois, cientista social y antropólogo estadounidense, han llegado a la conclusión, que la familia es una de las instituciones sociales más violentas. Sin embargo, subrayan que a menudo los comportamientos violentos en las familias no son sino una respuesta a exclusiones sociopolíticas o económicas que hicieron parecer al comportamiento violento como el único posible dentro de las circunstancias (1).

A pesar del escándalo mediático reciente sobre abuso sexual al interior de instituciones educativas, religiosas, en los lugares de trabajo y en nuestras sociedades, esta violencia es la misma violencia de siempre, de las que se habla poco, permanecieron invisibles porque las hemos “naturalizado”. Nos hemos acostumbrado a que formen parte de nuestra vida cotidiana (2).

Bibliografía

1. Scheper-Hughes N, Bourgois P. Violence in War and Peace. An Anthology Oxford: Blackwell Publishing; 2004.
2. Azaola E. La violencia de hoy, las violencias de siempre. Desacatos. 2012 septiembre-diciembre;(40).
3. Abarca L. El acoso sexual Quito : Editorial Jurídica del Ecuador; 2006.
4. Pierce MC. Fractures Resulting From Inflicted Trauma: Assessing Injury and History Compatibility. Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2006 Septiembre ; 10.
5. Herrera D. El Ciclo Vital familiar en las familias de Subtrópico Ecuatoriano. Revista Salud Rural. Santo Domingo 2012;(1).
6. Spencer N, Devereux E, Wallace A, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. Pediatrics. 2005 Septiembre ; 116(6).
7. Ludwig S. Child abuse. In Fleisher GR LS. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
8. Danaher F, Vandeven A, Blanchard A, Newton AW. Recognizing, diagnosing, and preventing child maltreatment: an update for pediatric clinicians. Current Opinion in Pediatrics. 2018 August ; 30(4).
9. Nahara R.L. Lopes EELCAW. Jornal de Pediatria (Versão em Português). Abusive Head Trauma in Children: A Literature Review. 2013 September–October; 89(5).
10. Barr RG BMRFHCPBRHJCMFTSA. Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. Child Abuse Negl. 2018 Julio; 31(84).
11. Barr RG. Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. Pediatric

- Radiology. 2014 December; Supplement 44.
12. Dias MS, Rottmund CM, Cappos KM, et al. Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates. *JAMA Pediatr.* 2017; 171(3).
 13. Ministerio de Salud Pública. Instructivo de Implementación del reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos – Acuerdo Ministerial 2490 Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización- Subsecretaría; 2014.
 14. Bray, J., Williamson, D. y Malone, P. (1984). Personal authority in the family sistem: development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family processes. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 167-178.
 15. Vázquez Mezquita, B. (1995). Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Madrid : Siglo Veintiuno de España Editores.
 16. Koch, K. y Jarvis, C. (1987). Symbiotic mother-daughter relationships in incest families. *Social Casework*, 68, 94-101.
 17. McIntire, K. (1981). Role of mothers in father-daughter incest: A feminist analysis. *Social Work*, 26 , 462-466.
 18. Lewis, M. (1996). *Child and adolescent psychiatry*. USA: Ed. M Lewis Yale University.
 19. Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Buenos Aires: Paidós.
 20. Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
 21. Bentovim, A. (2000). *Sistemas organizados por traumas. El abuso físico y sexual en las familias*. Buenos Aires: Paidós.
 22. Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal American. Child adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278