

## Subcomisiones y Comités

## Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente

Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría.  
Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar\*

Estimado/a colega: Tal vez ya le sucedió alguna vez o, quizás, le pase con cierta frecuencia en su consultorio. Toparse con un paciente que puede estar siendo abusado sexualmente es una experiencia muy impactante y que implica una gran responsabilidad. Saber reaccionar y accionar profesionalmente puede ser vital para el menor en riesgo. En cambio, no estar preparado para el momento puede resultar en un costo demasiado elevado.

### ¿Qué hay que saber sobre el abuso sexual infantil?

La definición de *abuso sexual infantil* (ASI) utilizada clásicamente se refiere al compromiso de un niño<sup>#</sup> en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psico-sexual; siendo por definición emocionalmente inmaduro y dependiente, no está capacitado para dar su consentimiento a acciones que violan los tabúes de los roles familiares y de la cultura a la que pertenece.

Asimismo, se propone comprender el abuso sexual no solo como la penetración oral, anal o vaginal sino también como toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía, etc., o sea toda forma que sobrepase el tono erótico tolerable para un niño.

Se considera abusivo el trato sexual aun entre niños que por estar en distinta etapa evolutiva se encuentran en una relación asimétrica, lo cual genera una situación de poder y coerción de uno sobre el otro. Este hecho debe alertar

sobre la posibilidad de que un adulto haya abusado previamente del niño "abusador". No contamos con estadísticas de prevalencia en nuestro país, pero en 1991 se efectuó una investigación entre estudiantes de los primeros años de la UBA con el fin de medir la incidencia de experiencias sexuales previas a los 17 años. Sobre un total de 416 estudiantes, se encontró que el 12,8% había sido víctima de abuso sexual y que el 7% padeció hechos abusivos que incluían contacto corporal con el abusador.

Existen *creencias, ideas y mitos* en nuestra sociedad que se transmiten transgeneracionalmente y obstaculizan el esclarecimiento del ASI. Algunos de ellos se incluyen en la *Tabla 1*.

Asimismo, existen creencias profesionales que dificultan el logro de buenas intervenciones, como: el respeto al secreto profesional, la obediencia debida, considerar al ASI como un delito de instancia privada, etc. Estos puntos se desarrollarán más adelante.

Existen tres situaciones a diferenciar:

- a. *Abuso sexual por un extraño*: implica, en general, el uso de la fuerza física y suele ser denunciado por la familia del niño. El niño suele pedir inmediatamente auxilio a sus protectores y éstos, a su vez, pueden recurrir a un organismo competente.
- b. *Abuso sexual extrafamiliar por alguien emocionalmente significativo* para el niño. Generalmente no existe fuerza física, predomina la seducción y suele mantenerse en secreto; pero una vez conocido por los adultos responsables, acuden a la consulta.

<sup>#</sup> El término "niño" designa indistintamente niños, niñas y adolescentes.

c. *Abuso sexual intrafamiliar*. Esta es la forma más frecuente, la de más difícil diagnóstico y tratamiento, dado que el abuso es mantenido en secreto por el grupo familiar.

En el presente artículo se abordan específicamente las formas *b* y *c*.

### ¿Existen factores de riesgo a tener en cuenta?

Existen ciertos factores de riesgo que suelen detectarse en la observación del ASI, aunque estos no son excluyentes.

1. *Características individuales del niño*: niñas, menores de 5 años, pasividad, sumisión, introversión, discapacidad. El desamparo afectivo es el gran factor de riesgo y puede producirse por rechazo o ausencia de los padres, es decir, todo factor que anule al niño como sujeto de necesidades y conflictos.
2. *Características familiares*: pueden ser coyunturales; divorcios controvertidos, nuevas uniones de grupos familiares o crónicos. Los hábitos familiares, como colecho, cohabitación, exhibicionismo, pornografía, etc., al producir sobrestimulación, generan a la vez sentimiento de desprotección.
3. *Factores socioeconómicos*: pobreza, promiscuidad, aislamiento social, así como toda situación que

produzca una grave depresión, pueden ser causa de que el niño sea tomado como productor de libido o sea de vitalidad para los adultos. Es necesario destacar que esto también puede ocurrir en cualquier situación socioeconómica, en cuyo caso el factor clave es la desprotección emocional.

“Cualquier niño puede ser objeto de acercamientos sexuales. Por su inmadurez, su dependencia y su necesidad de afecto tiende a confiar en los mayores y puede ser engañado con facilidad, en especial los más pequeños. Sin embargo, para que un episodio abusivo se transforme en una situación crónica se requieren otros ingredientes: la tendencia familiar a mantener los secretos mediante ocultamientos y mentiras hace que se instalen refinados mecanismos de comunicación familiar que conducen, indefectiblemente, a la distorsión de las percepciones de todos los integrantes”.<sup>1</sup>

### ¿Qué sucede en el niño abusado?

El abuso sexual produce un grave daño psicológico.

Sobre la base del síndrome de acomodación descrito por Roland Summit en 1983, se señala un conjunto de conductas que el niño adopta frente al problema:

Tabla 1. Mitos y realidades sobre abuso sexual infantil

Creencias	Realidades
Los abusos sexuales son infrecuentes.	Cerca de un 23% de las niñas y un 15% de los niños son víctimas de abusos.
El ASI se da en niñas, pero no en niños.	Afecta sí más a las niñas (80%), pero los niños (20%) también los sufren.
Las víctimas son adolescentes seductoras.	El abuso sexual es independiente de la edad, el sexo o la forma de vestir.
Hoy los abusos se dan más que antes.	Es falso, pero sí existe una mayor conciencia y sensibilización al respecto, tanto en los profesionales como en la población en general.
Los menores pueden evitarlo.	No. Se trata de menores vulnerables que no saben lo que está pasando, que son engañados o amenazados.
El abuso sexual siempre incluye penetración.	No. La mayoría de los ASI no incluye penetración.
Los abusos sexuales casi siempre se asocian a la violencia física.	No. El ASI en general se produce a partir de una relación de confianza, afecto y poder que se ejerce sobre la víctima.
El abuso sexual sólo ocurre en ámbitos socioeconómicos bajos.	No. El ASI se detecta en todas las clases sociales, aunque sí es más probable en situaciones de hacinamiento.
El abuso sólo ocurre en situaciones especiales o en lugares peligrosos.	No. El ASI puede ocurrir en cualquier lugar y momento, dado que sucede a partir de una relación de cercanía y confianza.
Los chicos mienten.	Los niños casi nunca mienten cuando dicen haber sufrido abusos.
Si los abusos ocurrieran en nuestro entorno, nos enteraríamos.	Se tiende a ocultarlo por vergüenza o miedo, a veces durante años.
Los abusadores son siempre hombres	Si bien la mayoría son hombres (80-92%), también se registran casos de mujeres abusadoras.
Los agresores son enfermos mentales o “viejos verdes”.	La mayoría de los abusos los cometen sujetos aparentemente normales.

- 1) Sentimiento de desprotección: a medida que el niño va descubriendo el significado de lo sucedido, sentimientos de profunda desprotección lo paralizan, queda inmóvil e incapaz de resistirse aunque la madre se encuentre en la habitación contigua (S. Sgroi 1980); esta incapacidad natural de pedir ayuda –por la dependencia al grupo abusivo–, provee la esencia misma del descreimiento y el prejuicio en el mundo adulto. Muchas veces, los adultos suponen que el niño puede defenderse de estas agresiones como si fuera un adulto. Sus defensas quedan anuladas, lo conducen a la desilusión, a la desesperanza y a exagerar su propia responsabilidad y, por lo tanto, a tener sentimientos de culpa sobre los hechos.
- 2) Se mantiene el *secreto* por vergüenza, culpa, temor al castigo o pérdida del afecto por parte del ofensor inclusive. Temor a la ruptura y pérdida del hogar. Estos temores se ven reforzados y sugeridos por las amenazas directas de los agresores o partícipes.
- 3) Actitud de acomodación: el niño vive dos realidades contradictorias: o bien los adultos responsables son figuras llenas de maldad, incapaces de quererlo y preservarlo, sentimientos o pensamientos intolerables con respecto a las personas de las que espera todo lo contrario dada su indefensión, o bien, él mismo se siente malo, sucio y merecedor de castigo. Suele elegir la segunda opción para sobrevivir emocionalmente.
- 4) Denuncia tardía y conflictiva: se rompe el silencio cuando alguno de los mecanismos de acomodación dejan de ser efectivos pasado un determinado tiempo, por ejemplo, en la pubertad, con los reclamos de libertad que puede hacer sobre todo una niña. En esa situación, su denuncia no es creíble pues se considera que miente para lograr su libertad y, más aún, cuando comunica que el abuso es de larga data.
- 5) Retracción de la denuncia: asustado por las consecuencias de su denuncia, confronta como reales los tan imaginarios temores amenazantes –divorcio de los padres, abandono económico, etc. En muchos casos, se produce un incremento del maltrato por haber denunciado; puede agregarse aquí la revictimización si existe mal manejo institucional del niño que ha revelado su caso. Ante esta situación, intenta retirar su denuncia.

### ¿Existen configuraciones familiares facilitadoras del abuso sexual infantil?

Algunas constelaciones familiares estudiadas en las que puede ocurrir el abuso:

1. Padre autoritario, tendencias de personalidad psicopática, madre débil y muy dependiente que no puede proteger al niño. Este tipo de madre se coloca en el mismo nivel que sus hijos y aunque estos develen la situación abusiva, no pueden actuar, y dificulta las acciones legales y los tratamientos.
2. Madre independiente, padre débil y dependiente de su mujer para su orden emocional; ella puede vivir las demandas sexuales del marido como excesivas, lo cual genera en su pareja insatisfacción. Este padre no puede apartarse y por su propia inmadurez y depresión busca satisfacción endogámica. Este tipo de madre suele separarse si se realiza un tratamiento psicológico después de la revelación.
3. Otros patrones de conducta pueden ser detectados en las familias abusivas, por ejemplo: en unos, el abuso sirve al propósito de evitar un conflicto abierto entre los padres y no se habla de los hechos abusivos. En otro patrón de conducta, el abuso sexual del niño se utiliza para lo que se supone una regulación, o sea que se habla abiertamente de todo pero no se cambia. Ambas son modalidades incestuosas, pero en el segundo tipo se acepta la línea perversa.

La *Tabla 2* incluye algunas de las *constelaciones familiares* descritas que facilitarían la situación de abuso.<sup>2</sup>

“No todas las madres responden de la misma manera. Están las que creen a sus hijos desde el primer momento y los protegen; las que comienzan a protegerlos algún tiempo después de enterarse; las que sospechan pero no se atreven a reconocerlo; las que saben pero no se dan por enteradas; las que creen, quieren proteger a sus niños pero no consiguen separarse de los ofensores; las que prefieren pagar con sus hijas el costo de vivir en una familia aparentemente “normal”; las que participan en el abuso; las que no pueden dejar de mentirse a sí mismas. Por lo general, los adultos que toman partido por sus hijos, tienen que recorrer un camino bastante difícil, tanto más complicado en países como el nuestro, donde prima una cultura machista.

Ante el develamiento de los hechos abusivos, es frecuente que las familias se disgreguen, al menos temporalmente. Ya en este punto empiezan las complicaciones. Las madres deben prepararse para afrontar serios problemas en lo que hace a su propia autonomía y al manejo del dinero. Dejar el hogar familiar con los hijos resulta una decisión sumamente dura de sostener, más aun cuando los ofensores dejan de aportar a la economía familiar,

a pesar de que pregonan a quien quiera oírlos cuánto aman y extrañan a sus hijos.

Las primeras semanas que siguen a la fractura del secreto familiar representan un período de alta vulnerabilidad para todos los involucrados: las víctimas y aquellos que les creen. Los niños están sumergidos en sus propias crisis emocionales, ante el develamiento y los cambios bruscos e impredecibles que produce en la vida familiar. Los adultos que deberían contenerlos se encuentran desbordados por la complejidad de las circunstancias: las madres suelen estar extenuadas y deseosas de aceptar cualquier justificación o propuesta de los ofensores para olvidar el asunto, seguir viviendo juntos y comenzar "una nueva vida".<sup>2</sup>

### ¿Existe un perfil de abusador?

Aunque no existe un perfil exacto del "trasgresor manifiesto", los estudios estadísticos arrojan los siguientes datos:

1. En más del 90% de los casos se trata de varones.
2. En el 70% de los casos superan los 35 años de edad.
3. Puede tratarse de profesionales cualificados.
4. Con frecuencia buscan trabajos o actividades que les permitan estar cerca de los niños.
5. Su nivel social puede ser medio o medio-alto.
6. En el 75% de los casos no tienen antecedentes penales.
7. Su nivel de reincidencia es altísimo, aun después de ser descubiertos y condenados.
8. No suelen ser conflictivos en la cárcel y muestran buen comportamiento.
9. No reconocen los hechos ni asumen su responsabilidad.
10. Normalmente tienen una familia a su cargo y, con frecuencia, hijos pequeños.

11. En más del 30% de los casos se trata del padre, el tío o el abuelo de la víctima.<sup>4</sup>

### ¿Qué nos pasa a los pediatras cuando nos enfrentamos a un caso de abuso sexual infantil?

Enfrentarnos como pediatras a la realidad del abuso sexual infantil resulta un desafío. El niño abusado se encuentra en un estado de absoluto desamparo. Un desamparo que nos alcanza, nos envuelve y produce en nosotros una mezcla de sensaciones internas.

El ASI como forma de maltrato es una noxa que resquebraja la infancia, daña su salud, su dignidad, su libertad. El ASI es una situación de enfermedad generada por un otro, generalmente cercano y amigable. Vencer la resistencia de creer y aceptar que una persona pueda recurrir a un niño para sus placeres sexuales, será al principio, el mayor reto a superar. Y éste será, quizás, el momento más decisivo: vencer el impulso de no ver, no querer saber, refugiarse en la indiferencia o en la impotencia. Para poder verlo, es fundamental pensar en ello y olvidarnos de lo ilógico que resulta admitir que, la mayoría de las veces, es en el ámbito intrafamiliar donde esto se produce y que, en la mayoría de los casos, esto es silenciado, callado y ocultado por la familia.

### ¿Nos pasa lo mismo que cuando nos encontramos con un caso de maltrato físico? ¿Son las mismas sensaciones?

No. Generalmente el abuso sexual infantil genera más temor, más angustia. En el maltrato físico las manifestaciones suelen ser visibles, no así en el abuso intrafamiliar, por lo que es difícil su documentación. En la entrevista, es más difícil de abordar la sospecha de abuso. El incesto es intolerable

Tabla 2. Características familiares en situaciones de abuso

Organización familiar	Características familiares antes de la divulgación	Crisis de divulgación	Después de la crisis de divulgación	Dinámica interactiva	Mitos transgeneracionales
Enmarañada y altruista	Familia ideal	Arrepentimiento y dolor	Disposición a reparar el daño	Padre materialista. Madre distante	Sacrificio y devoción
Promiscua y caótica	Indiferencia y desorden	Asombro	Temor a consecuencias punitivas	Relaciones sexuales intrafamiliares son habituales	Aniquilamiento y supervivencia
Absolutista y totalitaria	Rigidez y autoritarismo	Principios morales y absolutos	Fuerte negación masiva de los hechos	Madres e hijos sometidos al dominio del padre	Prohibición del conocimiento. Sumisión

para todo ser humano. Va en contra de nuestra cultura. Nos genera rechazo.

En los casos de ASI un examen clínico normal no descarta la posibilidad de que el abuso haya existido.

### ¿Cómo nos damos cuenta que se trata de un abuso sexual infantil?

Existen diferentes formas de presentación, pero habría dos situaciones básicas para sospecharla:

#### a) Consulta de los padres o cuidadores:

- por haber visto al menor en una situación abusiva,
- porque el niño se lo expresó a alguien del entorno familiar o cercano,
- porque le encontraron algún signo o síntoma que los preocupó.
- porque en la escuela el niño comentó algo o los docentes detectaron algún síntoma sospechoso.

#### b) A partir de signos o síntomas orientadores de ASI.

La sospecha de un pediatra puede ser debido a:

- actitudes específicas durante la consulta,
- lesiones anales o vulvares,
- laboratorio indicativo de abuso sexual.

### ¿Cuáles son las conductas sospechosas de abuso sexual infantil?

Habitualmente, un niño que ha sufrido ASI no cuenta su experiencia con palabras. Pero lo puede expresar por medio de su conducta. Existen conductas generales que se dan en todas las edades y que indican la posibilidad de que el abuso haya sucedido:

- Un niño que ha sido abusado puede presentar una actitud muy sumisa o reflejar una conducta llamativamente rebelde.
- El cambio abrupto en la conducta habitual del niño es un indicador a tener en cuenta frente a la sospecha.
- Otro indicador posible es la conducta de pseudomadurez: niños que miran, hablan y actúan de un modo no acorde con su desarrollo evolutivo. Asumen tareas cotidianas que no le corresponden por la edad que presentan.

Por otro lado, existen manifestaciones que varían según las características individuales y de acuerdo al momento evolutivo por el que esté atravesando el niño:

- Los niños en etapas tempranas de la vida presentan generalmente las siguientes manifestaciones:
  - En los lactantes: irritabilidad y llanto injustificado.
  - En la primera infancia:

- Masturbación compulsiva.
- Juegos sexuales inapropiados para la edad del niño.
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).
- Miedos intensos (para ir a la cama, acercarse o permanecer con ciertas personas).
- Cambios notorios en los hábitos alimentarios (por exceso o restricción en la ingesta).
- Crisis de llanto sin explicación.

- Los niños en edad escolar pueden presentar:
  - Trastornos del aprendizaje.
  - Dificultades en la integración al grupo de pares.
  - Cefaleas o dolores abdominales que no corresponden a causa orgánica.
  - Fobias escolares.
  - Miedos.
  - Enuresis o encopresis secundaria.
  - Dificultades para aceptar compartir un vestuario con sus pares por temor a ser visto sin ropa.
  - Conductas hipersexualizadas.
- En la adolescencia se manifiestan a través de:
  - Cefaleas o dolores abdominales que no corresponden a causa orgánica.
  - Patología alimentaria manifiesta, como anorexia o bulimia.
  - Fugas del hogar.
  - Consumo de alcohol o drogas.
  - Manifestaciones autoagresivas de distinto tipo.
  - Intentos de suicidio.
  - Comportamientos sexuales promiscuos.
  - Conductas antisociales.
  - Mal rendimiento escolar / deserción escolar.

Es importante recalcar que las manifestaciones descritas no conforman por sí solas un diagnóstico, sino que sugieren firmes sospechas de abuso sexual.

### Diagnósticos diferenciales

Como ante cualquier otra patología deben descartarse otras lesiones o variaciones normales de los genitales, la región anal y perianal, que se resumen en la *Tabla 3*:

### Clasificación de los hallazgos anogenitales en niños con sospecha de abuso sexual infantil

(Tomado de la clasificación realizada por Muram en 1988 con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams de 1997).

- *Categoría o Clase 1: Sin datos de abuso sexual infantil*  
Examen genital normal. (Recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de ASI).

• *Categoría o Clase 2: Hallazgos inespecíficos de abuso sexual infantil (abuso posible)*

Signos físicos que podrían estar causados por ASI o por otra causa: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, existencia de condilomas en niña menor de dos años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal menor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

• *Categoría o Clase 3: Hallazgos específicos de abuso sexual infantil (abuso probable)*

Presencia de uno o más signos sugestivos de ASI: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarrado de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en niñas mayores de dos años. En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

TABLA 3. Tipo de lesiones

Tipo de lesiones	Subtipo
Congénitas	Hemangioma congénito Bandas periuretrales Malformaciones de genitales Diastasis del ano Variación del músculo bulbocavernoso Carúnculas uretrales y prolapso
Dermatológicas	Liquen escleroatrófico Dermatitis por <i>Candida albicans</i> Irritación por jabón, otros productos o ropas
Infecciosas	Infección estreptocócica. Infección por otros agentes
Otras	Enfermedad de Crohn Síndrome hemorragíparo Lesión baja de médula espinal Constipación crónica Hemorroides

• *Categoría o Clase 4: Hallazgos de certeza de abuso sexual infantil (evidencia definitiva)*

Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo (por coito no consensuado).

Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o "hendidura completa". Cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para VIH (descartada la transmisión vertical).

Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el AS.

Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Enfermedades de transmisión sexual (Tabla 4).

TABLA 4. Enfermedades de transmisión sexual y nivel de sospecha de abuso sexual infantil

ETS	Nivel de sospecha de ASI
Gonococia adquirida en etapa posnatal	Alto
Sífilis adquirida en etapa posnatal	Alto
VIH si no es infección perinatal o secundaria a transfusión	Alto
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Mediano
Condilomas acuminados	Mediano
infección por HPV	Mediano
Herpes genital	Mediano
Vaginitis inespecíficas	Bajo (seguimiento clínico habitual)

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

**Pasos a seguir**

El primer paso debe ser la protección del niño. El procedimiento implica la permanencia del paciente únicamente con adultos capaces de resguardar su integridad psicofísica y evitar exponerlo a sufrir malos tratos o presiones que respondan a las necesidades de los adultos.

**¿Es necesario entrevistar al niño?**

Es poco frecuente que el niño se exprese verbalmente sobre el abuso durante la consulta. Evolutivamente puede no hallarse maduro o bien estar emocionalmente imposibilitado para la expresión verbal. Esto debe ser tenido en cuenta, sobre todo cuando en los peritajes judiciales se espera, como dato confirmatorio de diagnóstico, la comunicación verbal del niño sobre el hecho de haber sido abusado. No debe-

mos confundir expresión con verbalización.

Primero se debe interrogar al adulto que trae al paciente a la consulta. En la entrevista con el niño el pediatra no debe interrogar con preguntas dirigidas, las preguntas deben ser neutras ya que pueden influir en su respuesta. Es mejor no preguntar ni interrogar, que hacerlo de manera inconveniente.

Cuando se produce la revelación, "hay un niño que está haciendo un enorme esfuerzo por romper un secreto y modificar una situación. Probablemente, haya estado dándole vueltas desde hace un tiempo a la cuestión de contar o no contar. El/ella depende de alguien de afuera que lo/la pueda ayudar; entonces, la respuesta del oyente es crucial".<sup>5</sup>

Es incorrecto realizar preguntas compulsivamente sobre el tema porque puede aumentar la inhibición del niño para expresarse.

Independientemente de quién sea la persona (el pediatra o cualquier otro adulto referente) ante la cual el niño lo exprese, es importante considerar:

1. Escuchar y contener. Demostrar que se lo comprende y se toma muy en serio lo que dice.
2. Reconocer el esfuerzo que está haciendo al exponer el tema. Asegurar al niño que hace bien en decirlo. Si el niño tiene una relación cercana con el que lo abusa, se sentirá culpable por revelar el secreto. El niño se sentirá aterrado si ha sido amenazado con un posible daño a él o a su familia como castigo por divulgarlo.
3. Mostrarle que se le cree (para ello, hay que creerle realmente). Generalmente, contarán lo que les sucede con mucho temor porque suponen que no se les dará crédito o porque les avergüenza lo que les está pasando.
4. Aclararle que lo que le sucede no es su culpa. La mayoría de los niños piensan que han sido la causa del abuso o se imaginan que se trata de un castigo por cosas malas (reales o imaginarias) que hicieron.
5. Aclararle sus derechos; que lo que le sucede no debería sucederle.
6. Expresarle que se está dispuesto a seguir escuchándolo cuantas veces sea necesario.
7. No expresar sentimientos negativos hacia los victimarios, que perjudiquen los acontecimientos posteriores. No hay que olvidar que puede existir un vínculo íntimo con la figura agresora.

Este tipo de intervenciones contribuye a reducir la confusión de la víctima, fortalecen su autoestima, legitiman las posibles motivaciones para buscar un cambio y facilitan el camino para futuras decisiones.<sup>5</sup>

El diagnóstico de abuso sexual se realiza me-

dante la sumatoria de elementos. El examen es necesario por lo tanto, pero realizado en tiempo y forma, y muchas veces la revisación inoportuna de la zona genital y anal, en forma prematura y sin aviso, ni aceptación por el niño, representa para éste experimentar una nueva situación abusiva, que reedita las ya vividas como traumáticas.

En algunas ocasiones es necesario realizar en forma urgente el examen físico:

- Agresión reciente (menos de 72 h), donde es posible tomar muestras para analizar de modo de evitar la pérdida de pruebas.
- Necesidad de tratamiento médico, psicológico o quirúrgico de urgencia, por las lesiones halladas.

### ¿Qué debemos hacer si estamos solos en el consultorio?

- Documentar toda la información de manera detallada sin confrontar con los padres. El propósito de esta entrevista es juntar todos los datos pertinentes sobre el posible abuso y la familia. Una entrevista bien conducida, aumenta la posibilidad de arribar a un diagnóstico adecuado.
- Es conveniente avisar que la información obtenida puede ser compartida con otros profesionales.

La premisa número uno es: nunca trabajar solo. El trabajo exige la creación de un espacio nuevo con otras disciplinas, que promueva la búsqueda del consenso necesario para comprender el problema y proponer soluciones de una manera integral.

De tal forma, la visión amplia y abarcativa desde el punto de vista médico, psicopatológico, social y legal resulta imperativa a la hora de realizar una evaluación confiable.

Ayudar a un niño víctima de ASI exige, como otras entidades clínicas, tener conocimiento específico sobre el campo del abuso sexual.

Toda demanda merece ser canalizada por un equipo interdisciplinario. Esto implicaría el compromiso y el renunciamiento a la posición hegemónica de cada uno de los profesionales que lo componen, en beneficio de las necesidades por las que atraviesan los pacientes y sus familias. Un equipo interdisciplinario ideal estaría conformado por un médico pediatra, un ginecólogo infantojuvenil, un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y un abogado. De no ser así, será necesario buscar el apoyo de profesionales de otras disciplinas posibles (enfermeros, maestros, agentes de salud, etc.).

## LAS IMPLICANCIAS LEGALES EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

### ¿Existe una ley sobre la violencia familiar?

Desde 1992, la totalidad de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires han dictado leyes de protección contra la violencia familiar (ver *Anexo 1*). Estas leyes no buscan señalar a un “delincuente”, sino que apuntan a:

- en primer lugar, dar fin a la situación de riesgo en que se encuentran las víctimas, mediante la adopción de medidas proteccionales, urgentes y provisorias;
- y, en segundo lugar, establecer medidas terapéuticas para la rehabilitación de las víctimas, del grupo familiar y de los ofensores.

### ¿Cómo interviene la justicia en los casos de abuso sexual infantil?

El ASI es considerado por las leyes de protección contra la violencia familiar como una forma de maltrato infantil. Por tanto, aquéllas resultan aplicables en los casos de ASI intrafamiliar.

Lo relativo a la eventual intervención de la justicia penal por la comisión de los delitos de abuso sexual simple, abuso sexual agravado, violación o corrupción de menores, corresponde con exclusividad a la actividad de dicho fuero y, por tanto, son ajenos en principio a la incumbencia del pediatra.

### ¿Los profesionales de la salud están obligados a denunciar?

Sí, los profesionales de la salud están obligados a denunciar. Esto aumenta la complejidad de la problemática del ASI.

Según la ley, la sospecha seria o fundada es motivo suficiente para denunciar.

En sentido técnico, la denuncia es el acto procesal mediante el cual se da conocimiento a la autoridad competente, por escrito o verbalmente, del hecho contrario a la ley, para que ésta proceda a su averiguación y protección.

Es decir, que la denuncia supone dar aviso a la Justicia sobre una situación de riesgo y brindar así la oportunidad de que ésta intervenga.

Por lo tanto, la denuncia, junto a la intervención del equipo de salud, cumple una función protectora y preventiva: protectora frente al peligro o riesgo actual en que se encuentre la persona menor de edad y preventiva porque debe evitar el acaecimiento de nuevos daños en aquélla.

En la medida de lo posible, el equipo de salud debe trascender la instancia formal de denunciar, y posibilitar el abordaje interinstitucional entre el

servicio de Justicia y los organismos de salud, según su nivel de complejidad y entrenamiento en la temática.

### Algunos argumentos que se suelen utilizar para no denunciar

*“El abuso sexual infantil es un delito de instancia privada”*

En realidad, el Código Penal prevé que las personas que son víctimas de delitos sexuales pueden optar entre iniciar y proseguir una acción criminal o no, pero cuando las víctimas son menores, la responsabilidad de tomar esa decisión recae en sus representantes legales (padres o tutores). Ahora bien, cuando el ASI hubiera sido cometido presumiblemente por sus padres o representantes legales, o cuando se trate de un menor abandonado, rige la obligación de denunciar por parte de los profesionales de la salud o de los funcionarios públicos.

No obstante, el pediatra cumple con su responsabilidad habiendo formalizado la denuncia conforme la ley de Protección contra la Violencia Familiar.

*“Debo respetar el secreto profesional”*

Fundamentalmente, el secreto profesional apunta a proteger a la persona a quien la revelación injustificada del obligado a guardar secreto podría causarle o le causa un daño. En consecuencia, el secreto profesional, en términos de maltrato infantojuvenil, protege sólo a los adultos maltratadores, quienes se verían perjudicados ante la revelación de los hechos.

Por el contrario, las víctimas, en principio, no pueden verse perjudicadas por la revelación que hace el obligado a guardar el secreto –reiteramos, en términos de la situación de violencia intrafamiliar–, ya que dicha revelación no puede perjudicarla, sino todo lo contrario. De ello se concluye que el secreto existe siempre solamente en relación al autor o perpetrador, pero, dado el interés superior y público que tiende a la protección psicofísica de niños y niñas, el obligado a guardar secreto se ve relevado de dicha obligación. Es más, se ve obligado a comunicar a la Justicia el caso del cual emerge una situación de riesgo que involucre a un niño o niña maltratado/a. En síntesis, el relevo del secreto profesional es una consecuencia tácita de la obligación de denunciar.

*“Miedo al abogado”*

Existen reticencias en denunciar por parte de los/las profesionales de establecimientos públicos, y esto se vincula con el hostigamiento abogadil que sufren médicos y médicas. En este sentido, los

profesionales de la salud entienden que estarán más resguardados de la acción legal cuando omitan denunciar. Esto los conduce inevitablemente a no recepcionar determinados casos de abuso, o a echar mano a una gama de recursos para evitar la denuncia. Muchas veces suele pensarse que hacer la denuncia puede acarrear complicaciones legales para el denunciante o la institución. Por el contrario, la omisión de denunciar constituye un acto de mala praxis profesional en cuanto existe una negligencia, una impericia o una inobservancia de los deberes propios del profesional, que puede generar un daño cuyas consecuencias pueden ir desde una lesión física hasta la muerte de la víctima, pasando por toda la gama de daños emocionales.

*“Mi jefe no me deja”*

Por otra parte, la realidad demuestra que, a veces, la decisión adoptada de denunciar se puede ver impedida por la decisión en contrario de un superior jerárquico. Si bien dentro de las instituciones de salud pública existen cuestiones internas, administrativas u organizativas necesarias para su buen funcionamiento, no es menos cierto que dichas cuestiones no pueden priorizarse frente a un interés tan primordial como el del niño o la niña víctima. Tampoco es dable invocar la obediencia debida. Ante el reproche legal nada puede sostener la omisión de denunciar conforme el propio saber y ciencia. No se podrá alegar como defensa el impedimento del superior jerárquico.

*“No judicialicemos a los pobres”*

La asociación apresurada y poco crítica entre negligencia y pobreza, una de las razones que suelen argumentarse contra la “judicialización”, ha sido también en otros países una de las características de la reacción contraria a las intervenciones en relación al ASI.

Lo cierto es que esta confusión entre pobreza y negligencia lleva a situaciones realmente peligrosas e incluso de verdadero desamparo para niños/as abusados/as, lo que agrava la situación de niños en riesgo e, incluso, plantea la inmunidad de los ofensores, sea por privilegiar la integridad y la intimidad familiar, o por considerar que la situación de pobre o marginado justifica la comisión de ASI.

*“Es una cuestión cultural”*

Tampoco la apelación a las características culturales (como se hace con frecuencia en casos de incesto) resulta congruente con los parámetros que definen las distintas situaciones de maltrato o con las investigaciones sobre las distintas formas de

regulación de los intercambios sexuales que presentan las comunidades humanas.

*“Nunca mejor que con la familia”*

En situaciones de abuso, la necesidad de estas intervenciones preventivas (como es la necesidad de la interrupción temporaria del vínculo con el padre o madre de riesgo), suele chocar muchas veces no sólo con los puntos de vista derivados de una justicia garantizadora que desconoce la dinámica de la relación víctima-victimario, sino también con una ideología patriarcal.

Esta idealización de “la familia” en la búsqueda de la protección de los lazos familiares a cualquier costo, no hace más que contribuir a la transmisión generacional de los vínculos abusivos, a su agravamiento y a la acomodación frente a ellos.

**Protección jurídico-legal del denunciante**

El Código Civil establece que el ejercicio regular de un derecho propio o el cumplimiento de una obligación legal no puede constituir como ilícito ningún acto.

El Código Penal dispone que no es punible quien obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo.

De ello resulta que, quienes cumplen con la obligación de denunciar gozan de inmunidad e indemnidad civil y penal, salvo los supuestos de mala fe.

**¿Dónde realizar la denuncia?**

Ver Anexo 1.

**CONCLUSIÓN**

Desde el Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar del Comité de Salud Mental de la SAP hemos intentado transmitir que, si bien el ASI ha existido siempre, actualmente existe una mayor conciencia y sensibilización, hechos que lo hacen aparecer como más frecuente.

Que las características del fenómeno, el secreto y la distorsión de los datos hacen desconocer su frecuencia exacta. Que podremos escuchar la demanda si somos receptivos y estamos disponibles.

Si bien se lo debe incluir entre otros diagnósticos diferenciales, lo sospecharemos si estamos al tanto de su existencia y manifestaciones clínicas.

Este cuadro complejo, que nos moviliza como pediatras y daña gravemente la salud de los niños, solo puede ser abordado por un grupo interdisciplinario, con interés y formación en el tema.

Nuestra función en la detección es prioritaria, como también lo es la protección del niño y la orientación de la familia. ■

## ANEXO 1. ¿Dónde realizar la denuncia?

Buenos Aires: Ley 12.569	Tribunales de Familia Juzgados de Primera Instancia, Civil y Comercial Tribunales de Menores Juzgados de Paz Letrados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ley 24.417	Defensorías Nacionales de Menores e Incapaces de turno
Catamarca: Ley 4.943	Asesor de Menores o Juez de Menores de turno
Córdoba	
Corrientes: Ley 5.019	Juez con competencia en asuntos de familia Asesor de Menores de turno
Chaco: Ley 4.175	Juez con competencia en la materia Defensor de Menores de turno
Chubut: Ley 4.118	Juez con competencia en la materia Defensor de Menores de turno
Formosa: Leyes 1.160 y 1.191	Ministerio Público de Menores
Entre Ríos: Ley 9.198	Juez con competencia en lo Civil y Comercial Defensor de Menores de turno Cualquier dependencia policial Juzgado de Paz
Jujuy: Ley 5.107	Defensores de Menores e Incapaces Defensores de Pobres y Ausentes Defensores Regionales Dependencia de la Policía
La Pampa	
La Rioja: Ley 6.580	Ministerio Público de Menores Juzgado de Paz Letrado Juzgado de Paz Lego Cualquier organismo público autorizado
Mendoza: Ley 6.672	Ministerio Público de Menores Comisarías de la Provincia
Misiones: Ley 3.325	Defensor en Asuntos de Menores
Neuquén: Ley 2.212	Juzgados Civiles de 1ª Instancia con competencia en asuntos de familia Juzgados de Paz Unidades Policiales
Río Negro: Ley 3.042	Juzgados en lo Civil Juzgados de Paz Ministerio Pupilar Órgano proteccional administrativo competente Comisaría o subcomisaría
Santa Cruz: Ley 2.466	Juez con competencia en asuntos de familia
Santa Fe: Ley 11.529	Ministerio Público
Santiago del Estero: Ley 6.308	Juzgado de Familia Defensoría Fiscalía
Tucumán: Ley 6.518	Cuando el denunciante sea dependiente de un hospital, institución asistencial pública o privada, deben ponerlo en conocimiento de la autoridad del centro asistencial, quien lo informará a la autoridad pertinente. Caso contrario se debe denunciar a la autoridad judicial, al Ministerio Fiscal, al Ministerio Pupilar o a las autoridades estatales encargadas de la protección al menor.
Tierra del Fuego: Ley 39	Juez en lo Civil Competente Ministerio Pupilar

ANEXO 2. Bibliografía de consulta

- 
- Chetjter S, Ganduglia A, Paggi P, Viar JP. Violencia hacia niños y adolescentes: maltrato y abuso sexual. Elementos básicos para su atención en el sector salud. Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa Regional Piloto de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar Cooperación Técnico Financiero B.I.D. Buenos Aires, 2000.
  - Ganduglia A. Revinculación: una nueva oportunidad para quién...?. En: Volnovich J (compilador): Abuso sexual en la infancia, el quehacer y la ética. Lumen Humanitas 2002.
  - Viar JP, Lamberti S. Maltrato infantil. Los derechos del niño/a en el derecho comunitario y en el derecho judicial. Buenos Aires: Lexis Nexis. Abeledo Perrot, *Revista de Derecho de Familia* N° 24. 2003.
  - Viar JPM, Lamberti S. La obligación de denunciar en la ley 24.417. En: Lamberti Sánchez y Viar (compiladores). Violencia familiar y abuso sexual. Buenos Aires: Editorial Universidad, 2ª ed. ampliada 2003.
  - Becher de Goldberg D. Urgencia pediátrica-psiquiátrica. Síndrome de niño apaleado. XII Congreso Nacional de Pediatría y XVI Río Platense de Pediatría, 1974.
  - Furrniss y col. En: Childs sexual abuse within the family. Ciba Foundation 1984.
  - Contributors to: Child sexual abuse within the family. 1984-1986. London: Ciba Foundation. Tavistok Publications.
  - Finkelhor D. Sexually victimized children. Nueva York: The Free Press, a division of Macmillan Publishing Co., 1979.
  - Finkelhor D. El abuso sexual al menor. México: Ed. Pax, 1980.
  - Freud S. El horror al incesto. En: Totem y Tabú. Obras Completas. Ed. Amorrortu, 1913.
  - Freud S. Sobre la sexualidad femenina. Obras Completas. Ed. Amorrortu, 1931; 234.
  - Glaser D, Frosh S. Abuso sexual de niños. Buenos Aires: Paidós, 1997.
  - Goldberg DB, Kuitca ML. K Maltrato infantil. Una deuda con la niñez. Ed. Privada. 2ª. ed., 1999.
  - Sgroi SM. Validation of child sexual abuse. Handbook of clinical intervention in child abuse. Lexington: Mass, 1982.
  - Shengold L. Sould murder. The effects of child sexual abuse and deprivation. Ballantine, Books Ed, 1989.
  - Summit Roland C. El Síndrome de acomodación del abuso sexual de menores. Child Abuse & Neglect, vol 7, 1983.
- 

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Intebi Irene V. Abuso sexual infantil. En las mejores familias. Buenos Aires: Editorial Granica, 1988; 262.
2. Abdalá AL. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos 2004; 90-92.
3. Barudy J. Tipología de la familia abusadora. SOS Enfants. Famille Cliniques Universitaires St. Luc 1200 Bruxelles.
4. Asociación Acción contra la pornografía infantil (ACPI). Apartado de correos 43. 28670. Madrid: Tfo.: 91 616 69 17; disponible en: <http://www.a.acpi@terra.es> Consulta: 15/12/05.
5. Teubal R y cols. Violencia familiar, trabajo social e instituciones. Buenos Aires: Editorial Paidós 2001.