

# Abuso sexual infantil



J. I. Pérez Candás<sup>1</sup>, M. A. Ordóñez Alonso<sup>2</sup>, V. Amador Tejón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. CS de Sabugo. Avilés. Asturias. España.

<sup>2</sup>Pediatra. CS de la Corredoria. Oviedo. Asturias. España.

<sup>3</sup>Pediatra. CS de la Magdalena-Carriona. Avilés. Asturias.

## PUNTOS CLAVE

- EL abuso sexual infantil es reconocido como un vasto problema de salud pública mundial con amplios efectos negativos para las víctimas, sus familias, y la sociedad en su conjunto.
- Representa un riesgo significativo para los niños, tanto en términos de morbilidad aguda como de más problemas de salud física y mental a largo plazo.
- Los datos disponibles indican que las niñas y los adolescentes están más expuestos al abuso.
- El uso de herramientas de cribado validadas y de un examen clínico específico en Atención Primaria pueden ayudar a identificar a los niños que necesiten una evaluación.
- Dada la escasez de datos en la población pediátrica, el uso de medicamentos para tratar los síntomas relacionados con el trauma provocado por el abuso sexual, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), está reservado para los pacientes refractarios y aquellos casos con diagnósticos comórbidos, para los cuales el manejo farmacológico está ampliamente aceptado.
- Debido a su papel relevante en la atención de la salud infantil, los profesionales de Atención Primaria deben ser conocedores de sus responsabilidades obligatorias para notificar la sospecha de abuso sexual.

El abuso sexual infantil existe, con diferentes prevalencias, en la mayoría de las comunidades<sup>1,2</sup> y no está limitado, en exclusiva, al contexto familiar.<sup>3</sup> Es reconocido como un vasto problema de salud pública mundial con amplios efectos negativos para las víctimas, sus familias y la sociedad en su conjunto<sup>3,4</sup>.

No existe una definición única y consensuada de lo que constituye abuso sexual infantil. Un recorrido por la literatura científica muestra definiciones más o menos abarcadoras, es decir, aquellas que se encuentran en documentos pensados y elaborados específicamente para la intervención, en suma, aquellos documentos que contienen toda la información necesaria para que no surjan dudas al establecer qué es o no es un determinado fenómeno sobre el cual se desea intervenir.<sup>5</sup> Un buen ejemplo es la que se usa en el ámbito federal en EE. UU., establecida por la Reauthorization Act of 2010 (P.L. 111-320) (U. S. Department of Health and Human Services, 2010) (CAPTA)<sup>6</sup>, en la que se considera abuso sexual infantil a la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar (o participar de) –incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin– cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o bien la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto, entendiéndose por el mismo el abuso sexual cometido dentro del ámbito familiar por una persona que ocupa un rol parental.

Para la International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect<sup>7</sup> es la actividad sexual que el niño no comprende completamente, es incapaz de dar su consentimiento informado, o no tiene un desarrollo adecuado para ella. Además, la relación entre el perpetrador y la víctima se define por la responsabilidad, la confianza o abuso de poder sobre el niño.

Berliner y Elliott (2002)<sup>8</sup> consideran que el abuso sexual incluye cualquier actividad con un niño o niña en la cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de

**Cómo citar este artículo:** Pérez Candás JI, Ordóñez Alonso MA, Amador Tejón V. Abuso sexual infantil. Form Act Pediatr Aten Prim. 2019;12;87-96.

uso de esta, independientemente de la edad de los participantes, y todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña, independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza sexual de la actividad. El contacto sexual entre un niño más grande y otro más pequeño también puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal, haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento informado.

El National Child Traumatic Stress Network ([www.nctsn.org](http://www.nctsn.org))<sup>9</sup> define el abuso sexual infantil como “cualquier interacción entre un niño y un adulto (u otro niño) en que el niño es utilizado para la estimulación sexual del perpetrador o de un observador”. El abuso sexual puede implicar el contacto físico, así como comportamientos que no lo exigen, incluyendo voyerismo, exhibicionismo o exponer al niño a pornografía. Es importante reconocer que no todos los niños sufren coacción física, sino que los delincuentes pueden usar una variedad de tácticas coercitivas, manipuladoras y engañosas para involucrar a los niños en actividades sexuales y reducir la probabilidad de revelación<sup>10</sup>.

Ochotorena y Arruabarrena (1996)<sup>11</sup> plantean que hay tres tipos de asimetría presentes en todo acto sexualmente abusivo:

- De poder.
- De conocimientos.
- De gratificación. En la gran mayoría de los casos el objetivo del ofensor sexual es su propia satisfacción.

Siempre se trata de una relación asimétrica y la existencia de asimetrías en una relación es diametralmente opuesta a la noción misma de consentimiento: ¿existe la posibilidad de consentir algo que no se entiende, cuando quien impone la conducta lo hace basándose en el ejercicio de al menos una forma de poder?<sup>11</sup>.

Otro elemento que hay que destacar de la definición de Berliner y Elliott es la dinámica de la conducta como un indicador de mayor precisión de abuso sexual que la diferencia de edad entre víctima y ofensor. Esto permite una comprensión de índole más cualitativa de la interacción, a la vez que incluye todos aquellos casos en los que el abuso es cometido por un menor de edad y no por un adulto, o los casos en los que la diferencia de edad es mínima, pero otras diferencias marcan de modo contundente la relación de asimetría (por ejemplo, que un niño de 11 años abuse de otro de su misma edad que tiene una discapacidad mental o física)<sup>12</sup>.

La historia de la infancia está llena de atrocidades en lo relativo al abuso sexual infantil. Aunque De Mause<sup>13</sup> sostiene que era más frecuente en otros tiempos que en la actualidad, el abuso sexual infantil ha existido siempre a lo largo de los siglos.

En Grecia y Roma, los jóvenes eran utilizados como objetos sexuales por hombres mayores; incluso podían ser alquilados para llevar adelante prácticas sexuales. Era común la castración de los niños para llevarlos a burdeles. Si bien la mayoría de los documentos consultados por De Mause sugieren que los abusos sexuales se daban con mayores de 11 o 12 años, el autor considera altamente probable que niños menores de esa edad también fueran objeto de la manipulación sexual por parte de maestros y pedagogos. En la antigua Roma, la práctica sexual preferida con los niños era el sexo anal; circulaba la idea de que el sexo con niños castrados era particularmente excitante (estos niños eran castrados desde la cuna); esa costumbre se prolongó hasta la prohibición del emperador Domiciano.

Estas prácticas también eran comunes entre los judíos, quienes consideraban que la cópula con niños menores de 9 años no era un acto sexual, y solo castigaban con pena de lapidación la sodomía con niños mayores de esa edad.

Con el cristianismo comenzó a aparecer un concepto diferente del niño, considerado como un ser puro e inocente.

En el Renacimiento y el siglo XVII, si bien se empezó a reprobar moralmente el contacto sexual de adultos con niños, aún se consideraba que detener tales contactos sexuales era obligación del niño.

Ya en los siglos XVII y XVIII comenzaron a surgir ciertas consideraciones sobre algunas formas de violencia hacia los niños, en especial física y sexual, aunque la reducción más importante de estas prácticas se produce en el siglo XX.

A principios de los años noventa del pasado siglo, Erna Olafson, David Corwin y Roland Summit<sup>14</sup> publicaron un artículo que estudiaba lo que ellos llamaron ciclos de descubrimiento o aparición, y de supresión o desaparición del tema del abuso sexual infantil en la sociedad occidental, haciendo hincapié especialmente en los siglos XIX y XX. Estos ciclos marcaron no solo la concienciación social y académica sobre la problemática, sino el tipo de respuesta que se le daba. Estos autores demuestran que el recorte cronológico que se puede hacer para historiar el problema termina resultando en cierto modo arbitrario, ya que también hay evidencias claras del tratamiento que tanto la sociedad como las academias europeas le daban a la temática antes de tales siglos. Por ejemplo, refieren que, en el siglo XVIII, en la ciudad de Londres, era una creencia popular que tener sexo con menores de edad curaba las enfermedades venéreas. Siglos más tarde este fue el argumento esgrimido por pedófilos que hacían turismo sexual infantil al sudeste asiático: argumentaban que curaba el sida<sup>15</sup>.

A lo largo del siglo XX, aunque se produjeron avances, las dificultades para la adecuada visibilización, concienciación y

tratamiento del problema del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes continuaron presentes. Destaca durante el anterior siglo que los autores de un informe de tanto peso en la sexualidad como lo fue el informe Kinsey<sup>16,17</sup> y pese a los datos estadísticos que hablaban de que hasta una cuarta parte de las mujeres eran abusadas sexualmente durante la infancia, en varias publicaciones posteriores a las conocidas como el informe, los autores mantenían una actitud condescendiente con estos hechos.

Las investigaciones que recogen los efectos nocivos de la exposición a la violencia en la infancia, y al abuso sexual infantil en particular, siguieron desarrollándose desde fines del siglo XX y en lo que va del siglo en curso.

Por otro lado, las implicaciones de instituciones relevantes han producido el desarrollo de investigaciones que examinan el papel de estas en el abuso sexual infantil y los trastornos psicológicos que se derivan de estas experiencias<sup>18</sup>. Se han multiplicado las publicaciones de informes de como ocurren sucesos de abuso infantil en el contexto de escuelas, iglesias, actividades deportivas y otras instituciones<sup>19</sup>.

En este ámbito, la Iglesia Católica ha comenzado a reconocer que miembros de la institución cometieron abusos sexuales contra niños y niñas puestos bajo su tutela en instituciones religiosas educativas o de cuidados. Todos estos acontecimientos aflorados han contribuido a traer al primer plano de la opinión publicada y pública el abuso sexual infantil, y quizás a sensibilizar a la sociedad sobre el tema<sup>12</sup>.

También es un problema presente en algunas comunidades judías ortodoxas en las que se han tomado medidas de diversos tipos para prevenir, notificar y perseguir a los perpetradores<sup>20</sup>.

Los datos disponibles indican que las niñas y los adolescentes están más expuestos al abuso<sup>9</sup>.

En una revisión de la literatura científica que abarcó 22 países se encontró que el 7,9% de los hombres (7,4% sin valores atípicos) y el 19,7% de las mujeres (19,2% sin valores atípicos)

habían sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años<sup>4</sup> (Tablas 1 y 2, Figuras 1-4).

En un estudio, con garantía de anonimato, realizado en Granada, de 2159 estudiantes universitarios, el 12,5% informaron haber experimentado algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años (13,2% de mujeres y 8,4% de hombres)<sup>23</sup>.

A nivel internacional los datos se reflejan en Tablas 3 y 4<sup>24</sup>.

La tasa de delitos sexuales registrados en todo el Reino Unido se ha duplicado desde 2005/2006, con el más alto número de delitos en la última década en el ejercicio 2015/2016.

Es de importancia destacar la problemática desarrollada a partir de los nuevos medios de comunicación; en el último informe Bentley de 2018 se puede leer “para los niños sujetos a abusos facilitados por la tecnología, los impactos pueden cambiar su vida, lo que hace que la renuencia de la industria a abordar el abuso en línea sea aún más perturbadora”<sup>24</sup>. En fin, es un problema emergente al que hay que dar soluciones pero que son difíciles de arbitrar por los intereses encontrados y la necesaria conciliación del respeto de la libertad con la prevención de estos actos que tantos problemas causan a corto, medio y largo plazo en la vida de las personas.

Por otro lado, datos de la National Survey of Children’s Exposure to Violence (NatSCEV)<sup>25</sup>, a partir de una muestra nacional norteamericana representativa, de 4000 niños de 0 a 17 años, indican que el 2,0% de las niñas experimentó acoso sexual o abuso sexual. En el año de estudio (2013-2014), el 4,6% de las niñas de 14 a 17 años habían sufrido abuso sexual dentro del periodo de un año<sup>26,27</sup>. Los jóvenes suelen estar expuestos a múltiples tipos de eventos, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 20% y 48%<sup>28</sup>. Los datos disponibles indican que ciertos factores, como el sexo y la edad, confieren un mayor riesgo de victimización sexual. Por ejemplo, los datos de la NatSCEV indicaron que las niñas tenían 1,5 veces más probabilidades que los niños de padecer al menos un episodio de victimización sexual en el último año. Los adolescentes están en niveles más altos de riesgo comparados con los niños más pequeños<sup>26</sup>. Por ejemplo,

Tabla 1. Notificaciones al sistema RUMI<sup>21</sup>.

Tipos de maltrato	Total		Sexo				Gravedad			
	Absoluto	Tasa	Femenino		Masculino		Grave		Leve-moderado	
			Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa
Abuso sexual	828	10,4	563	7,1	265	3,3	581	7,3	247	3,1
Emocional	4752	59,8	2325	29,2	2427	30,5	1779	22,4	2973	37,4
Físico	3535	44,5	1826	23,0	1709	21,5	1717	21,6	1818	22,9
Negligencia	8999	113,2	3731	46,9	5268	66,3	3091	38,9	5908	74,3
Total	18 114	227,8	8445	106,2	9669	121,6	7168	90,1	10 946	137,7

Tasa: 1/100 000 personas menores de 18 años.

Tabla 2. Tipos de maltrato por edad de la víctima (en porcentajes) (0-17 años)<sup>22</sup>.

Tipo de maltrato	0-7 años	8-11 años	12-17 años
Maltrato físico	59,68	53,33	54,55
Maltrato psicológico	17,74	60	54,55
Abuso sexual	4,84	33,33	13,64
Negligencia	37,10	33,33	9,09

en la Encuesta Nacional de Adolescentes (NSA)<sup>29,30</sup> y NSA-Replication<sup>31,32</sup> (NSA-R), el 8% de los adolescentes informó al menos una victimización sexual en su vida, con una tasa significativamente mayor para las chicas que los chicos (el 13 frente al 3%, respectivamente). Tomados en conjunto, los datos disponibles indican que las niñas tienen un riesgo 3 a 4 veces mayor de victimización sexual que los chicos.

Otro tema importante, particularmente para las adolescentes, es el alcohol y el abuso sexual: McCauley et al.<sup>33</sup> encontraron que el 2% de las niñas entrevistadas habían sido sexualmente agredidas mientras estaban incapacitadas por los efectos de las drogas o el alcohol.

Las epidemiologías actuales probablemente subestimen la incidencia real y la prevalencia del abuso sexual infantil<sup>9</sup>.

Desde el punto de vista clínico hay dos tipos diferentes de abuso:

- Abuso de contacto.
- Abuso sin contacto.

El abuso de contacto implica el contacto físico con un niño. Incluye:

- Toque con fines sexuales de cualquier parte del cuerpo, con el niño vestido o desnudo.

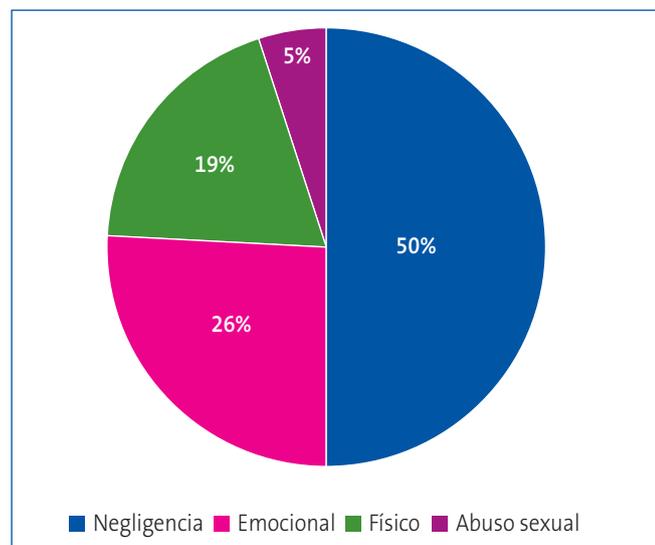


Figura 1. Porcentajes de tipo de maltrato infantil (RUMI)<sup>21</sup>.

- Violación o penetración poniendo un objeto o parte del cuerpo dentro de la boca, vagina o ano del niño.
- Obligar o animar a un niño a participar en actividades sexuales.
- Hacer a un niño que se quite la ropa con finalidad sexual, toque los genitales de otra persona o se masturbe.

El abuso sin contacto implica actividades sin contacto físico.

Incluye:

- Animar a un niño a ver u oír actos sexuales.
- No tomar medidas apropiadas para evitar que un niño sea expuesto a actividades sexuales de otros.
- Las tácticas persuasivas y manipuladoras para engatusar a los niños. Estas tácticas –conocidas como “preparación” (en inglés llamadas *child grooming*)– pueden incluir comprarles regalos u organizar ciertas actividades especiales para, bajo el engaño, llevarlos a actividades de tipo sexual.
- Abuso *online*, incluyendo hacer, ver o distribuir imágenes de abuso infantil.
- Permitir que otra persona haga, vea o distribuya imágenes de abuso infantil.
- Mostrar pornografía a un niño.
- Explotar sexualmente a un niño por dinero, poder (explotación infantil).

El abuso sexual infantil representa un riesgo significativo para los niños, tanto en términos de morbilidad aguda como de mayor probabilidad de más problemas de salud física y mental a largo plazo<sup>34,35</sup>. Como consecuencia, el abuso sexual infantil representa un importante y costoso problema desde el punto de vista de la salud pública<sup>36</sup>. Pero el impacto potencial a largo plazo del abuso sexual infantil es muy variable. No todos los niños que experimentan abuso sexual desarrollan secuelas a largo plazo, porque existen ciertos factores protectores (por ejemplo, estrategias de afrontamiento, situación estable de vida, apoyo social, apoyo a los cuidadores)<sup>37,38</sup>.

La intensidad de los síntomas experimentados por las víctimas de abuso sexual infantil depende de factores como la penetración, la duración y frecuencia del abuso, el uso de la fuerza, la relación del perpetrador con el niño y el apoyo materno<sup>39</sup>.

Dos tercios de las víctimas pueden recuperarse durante los primeros 12 a 18 meses. Pero también los efectos secundarios pueden afectar significativamente a los jóvenes<sup>40</sup> y a los adultos<sup>41</sup>. La polivictimización (es decir, la exposición a múltiples eventos traumáticos) es un hecho que multiplica las probabilidades de problemas a corto y largo plazo<sup>39</sup>.

Respecto a los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, aparte del síndrome postraumático crónico, los diagnósticos y

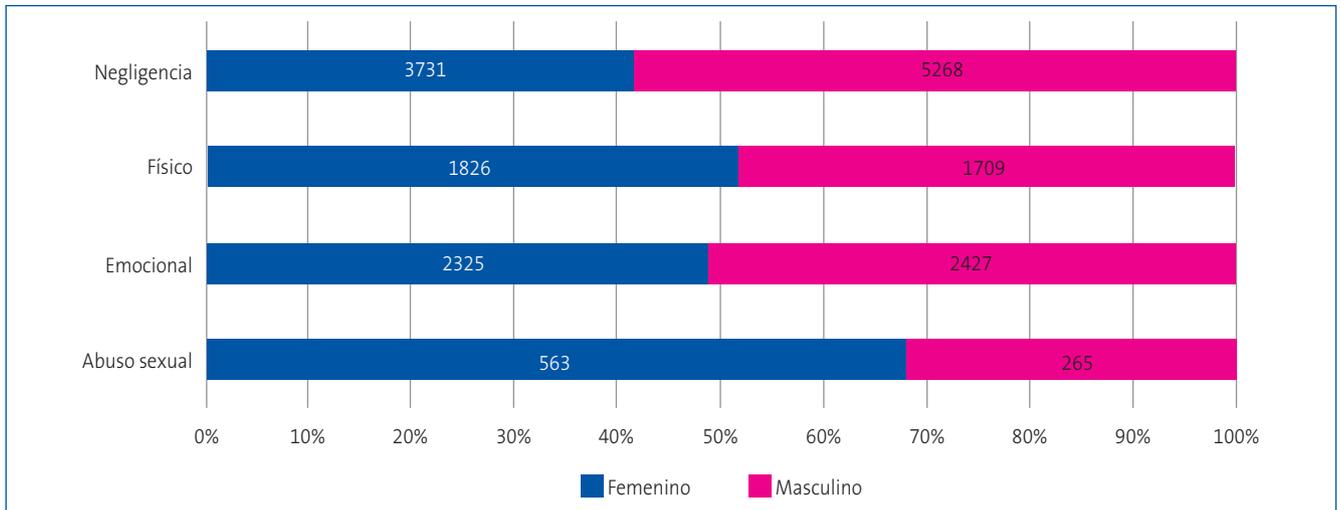


Figura 2. Tipos de maltrato por sexo. Notificaciones RUMI<sup>21</sup>.

síntomas clínicos más frecuentes están relacionados con el sentido del yo, el funcionamiento interpersonal, las distorsiones cognitivas (impotencia, desesperanza, falta de confianza en sí mismo, baja autoestima, sentimiento de culpabilidad), angustia emocional (depresión, ansiedad, ira) y conductas evitadoras (disociación, abuso de sustancias, ideación suicida e intentos autolíticos)<sup>42</sup>.

The Adverse Child Experiences (ACEs) Study<sup>43</sup>, un estudio prospectivo en curso en el que participan más de 17 000 personas y examina la relación entre las ACE (por ejemplo, abuso, negligencia y disfunción del hogar), con la salud física y la causa de muerte está demostrando una asociación entre ACE y calidad de vida relacionada con la salud; un mayor número de ACE

se correlaciona con malos resultados en salud (alcoholismo, enfermedad obstructiva crónica, depresión, muerte fetal, cardiopatía isquémica, enfermedad hepática, y enfermedades de transmisión sexual). Ha habido vínculos que asocian las ACE con comportamientos inadecuados desde el punto de vista de la salud como, consumo de drogas ilícitas, tabaquismo, múltiples parejas sexuales, violencia de género y embarazo no deseado.

El concepto de revictimización sexual en la edad adulta es una consecuencia bien descrita de los abusos sexuales en la infancia, sobremanera cuando se asocian a factores potenciadores, como comportamientos de alto riesgo del tipo del abuso de sustancias tóxicas y comportamientos sexuales de riesgo.

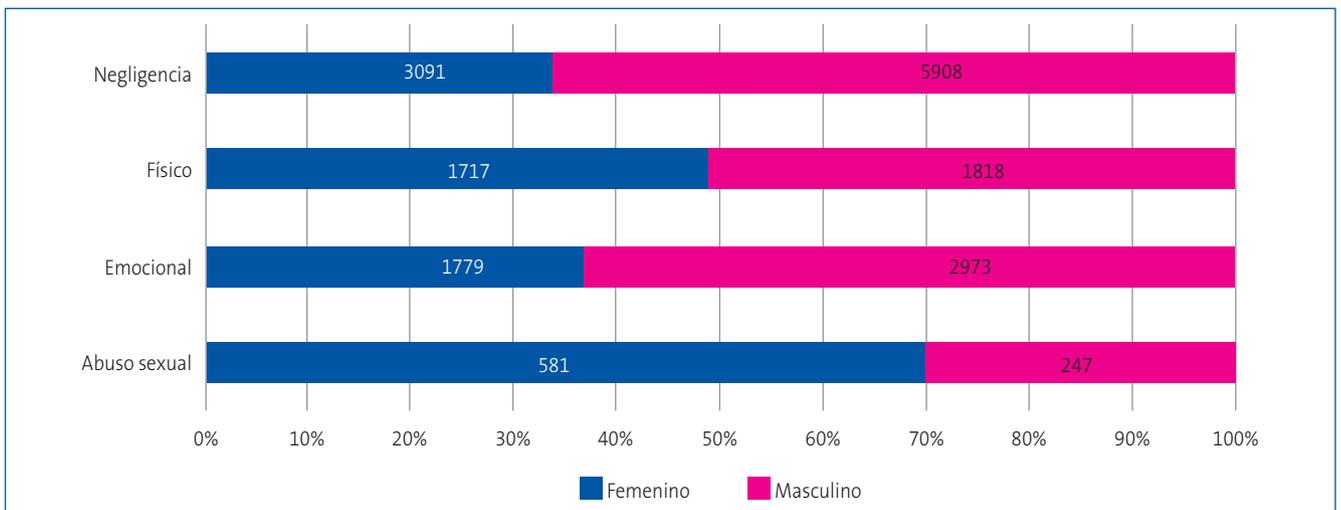


Figura 3. Tipos de maltrato por gravedad. Notificaciones RUMI<sup>21</sup>.

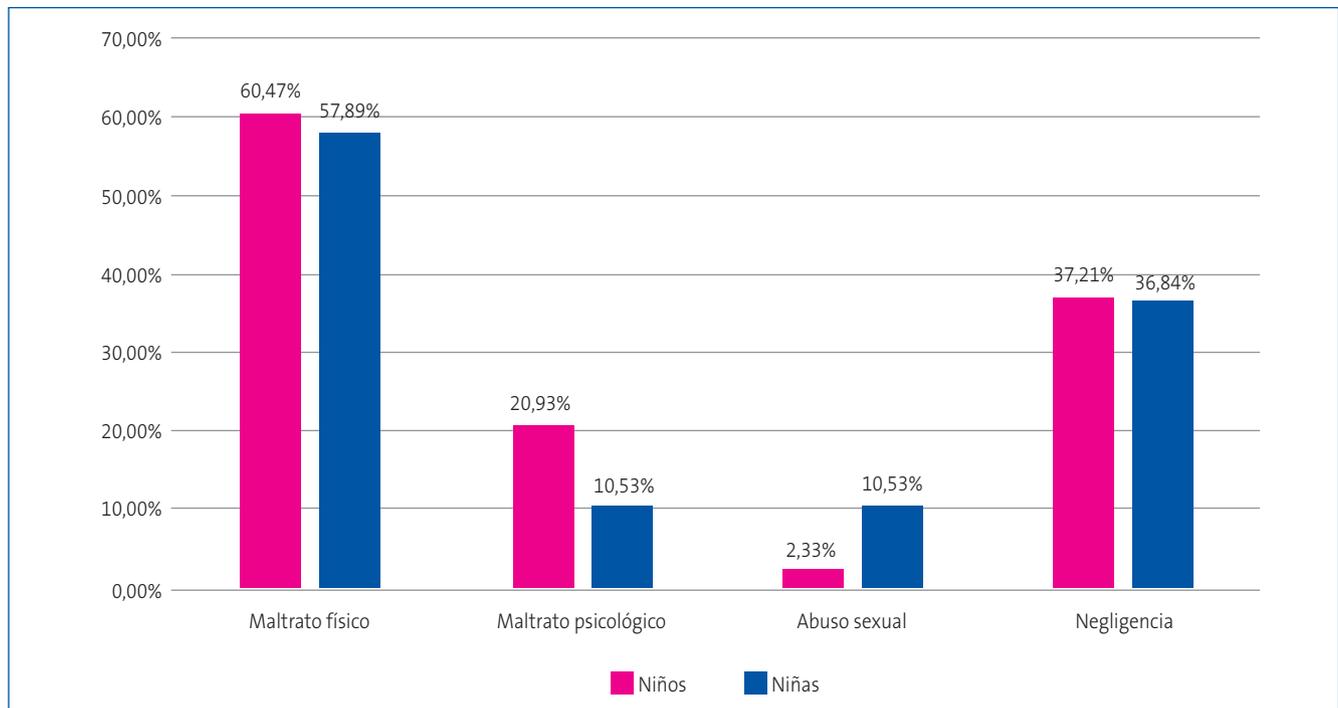


Figura 4. Tipos de maltrato por sexo de la víctima<sup>22</sup>.

Los médicos de Atención Primaria deben ser conscientes de ello para hacer un seguimiento durante toda la vida del paciente.<sup>44</sup>

Los niños que son abusados sexualmente:

- Podrían querer mantenerse alejados de ciertas personas.
- Podrían evitar estar a solas con personas, como familiares o amigos.
- Podrían parecer asustados con una persona o reticentes a socializar con ellos.
- Pueden mostrar un comportamiento sexual inapropiado para su edad.
- Pueden llegar a ser sexualmente activos a una edad temprana.

- Pueden ser promiscuos.
- Pueden usar lenguaje sexual o saber información no esperada para su edad.

Síntomas físicos:

- Dolor anal o vaginal.
- Descargas inusuales.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Embarazo.

El uso de herramientas de cribado validadas y de un examen clínico específico en Atención Primaria podría ayudar a identificar a los niños que pueden beneficiarse de una evaluación, pero el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Uni-

Tabla 3. Overall maltreatment types<sup>24</sup>.

Maltreatment and victimisation type	11-17 years		18-24 years
	Past year	Lifetime	Lifetime
Severe maltreatment	-	18,6%	25,3%
Any neglect by parent/guardian	-	13,3%	16,0%
Emotional abuse <sup>a</sup>	31,9%	64,4%	66,8%
Physical violence	36,0%	65,5%	64,1%
Sexual abuse <sup>b</sup>	9,4%	16,5%	24,1%
Contact sexual	1,9%	4,8%	11,3%
Exposure to domestic violence	2,5%	17,5%	23,7%
Physical punishment ("smacking") <sup>c</sup>	45,9%	-	-

<sup>a</sup>Emotional abuse included bullying.

<sup>b</sup>Sexual abuse included contact and non-contact by any adult or peer perpetrator.

<sup>c</sup>By primary caregiver.

Tabla 4. Lifetime exposure to severe maltreatment<sup>24</sup>.

Maltreatment type	11-17 years			18-24 years		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Severe physical abuse	6,7%	7,1%	6,9%	10,2%	12,9%	11,5%
Contact sexual abuse	2,6%	7,0%	4,8%	5,1%	17,8%	11,3%
Severe neglect by a parent or guardian	9,9%	9,8%	9,8%	7,0%	11,0%	9,0%
Severe maltreatment by a parent or guardian	13,5%	13,3%	13,4%	11,6%	17,5%	14,5%
All severe maltreatment	18,2%	19,0%	18,6%	20,3%	30,6%	25,3%

dos de Norteamérica (The US Preventive Services Task Force)<sup>45</sup> ha determinado que la evidencia actual es insuficiente para recomendar intervenciones preventivas específicas en Atención Primaria.

Independientemente de que se utilice o no el cribado universal, es importante que los profesionales sean conscientes de los posibles signos o síntomas de abuso sexual<sup>46</sup>.

Como el abuso sexual infantil va acompañado a menudo por el secreto, así como atribuciones negativas, tales como la vergüenza, y el sentimiento de culpa, las medidas de autoinforme desarrolladas a través de diversos test como: Trauma Screen, desarrollado por el Harborview Center for Sexual Assault o el Trauma Events Screening Inventory for Children<sup>47,48</sup> pueden no ser eficaces para la detección. Por ello, si hay otros factores de riesgo (por ejemplo, la negativa del cuidador a dejar al niño a solas con el profesional o el miedo del niño a desnudarse frente al mismo) o signos manifiestos de abuso, se debe considerar la anamnesis directa (y, si es posible, privada) del niño. Según los resultados puede ser aconsejable la remisión a un profesional con experiencia en la realización de evaluaciones forenses para la determinación objetiva de la probabilidad de abuso.

Según Saunders y Adams<sup>49</sup>, los métodos mejores y más válidos para una historia de victimización sexual son:

- Uso de argumentaciones y proposiciones clarificadoras para ayudar a orientar al encuestado.
- Evitar las preguntas cerradas (por ejemplo, ¿alguna vez ha sufrido abuso sexual?).
- Usar varias preguntas para proporcionar varias oportunidades de respuesta.
- Hacer preguntas específicas sobre el comportamiento.
- Evitar términos abstractos o vagos, como abuso o trauma.

Sin embargo, este tipo de anamnesis puede ser poco práctica en un entorno de Atención Primaria. Por lo tanto, el uso de preguntas cerradas, como las recomendadas por Cohen *et al.*<sup>50</sup> pueden orientar sobre aquellos niños que puedan necesitar una revisión o evaluación adicional.

- Para niños mayores de 8 años: “Desde la última vez que te vi, ¿tienes algo que contarme, realmente aterrador, que te haya podido suceder?”

- Para niños menores de esa edad, la pregunta dirigida directamente a los padres: “¿Les ha sucedido algo que les haya trastornado, a usted o a su familia?”

Aunque no existen protocolos específicos sobre las intervenciones farmacológicas para las víctimas de abuso sexual infantil, se han hecho recomendaciones para los niños y niñas con TEPT<sup>51</sup>.

En ausencia de contraindicaciones, la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) es la primera línea de tratamiento de las víctimas de abuso sexual. Los medicamentos pueden ser considerados en casos refractarios o con diagnósticos psiquiátricos comórbidos, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) la primera línea.

Dada la escasez de datos en la población pediátrica, el uso de medicamentos para tratar los síntomas relacionados con el TEPT está reservado para los pacientes refractarios, y aquellos casos y pacientes con diagnósticos comórbidos para los cuales el manejo farmacológico sea necesario porque la evidencia disponible para su abordaje solo con psicoterapia no sea adecuada. Pero los medicamentos deben servir como un elemento de un plan de tratamiento integral, como un complemento de la psicoterapia.

Debido a su papel prioritario y fundamental en la prevención en la atención de la salud infantil, los profesionales de Atención Primaria deben ser conocedores de sus responsabilidades obligatorias para notificar la sospecha de abuso<sup>9</sup>.

Deben ser incorporadas a la práctica clínica, como medidas preventivas, orientaciones anticipatorias dirigidas a la formación de los adolescentes, bien durante la visita con motivo del Programa de Salud infantil (PSI) como con motivo de cualquier otra visita donde el profesional considere que debe hacer la intervención educadora. La American Academy of Pediatrics (AAP)<sup>51</sup> recomienda que los niños pequeños sean educados acerca de sus “partes privadas”. La instrucción sobre lo que es el comportamiento sexual normal debe comenzar en la etapa preescolar. La discusión con el menor del contacto aceptable y no aceptable puede ser útil incorporarlo en la prevención.

Los padres deben ser alentados a educar a sus hijos en este ámbito, como en otros de la vida.

Tabla 5. **Manifestaciones del abuso sexual infantil**<sup>22</sup>.

Edad	Porcentaje
Lesiones físicas	41,67%
Tristeza y depresión	40%
Bajo rendimiento escolar	23,33%
Aislamiento	21,67%
Comportamientos violentos en otros contextos	13,33%

Las visitas de los adolescentes deben servir para evaluar la actividad sexual, así como cualquier preocupación por abuso o acoso sexual. La historia clínica debería incluir las edades de las parejas sexuales, por si procede notificar por causa de la diferencia de edad<sup>52</sup>. Los cuidadores deben ser conscientes de que la mayoría de los casos de abuso sexual son perpetrados por alguien conocido por el niño; por lo tanto, el principio de la precaución debe ser siempre utilizado cuando se deja a un niño solo al cuidado de otra persona. Como los perpetradores a menudo mantienen posiciones de influencia (es decir, maestros, familiares, entrenadores), las víctimas pueden culparse a sí mismas o pueden desarrollar una visión distorsionada de la autoridad. Se debe enseñar a los niños a entender la diferencia entre ser respetuosos con los adultos y ser indiferentes o consentir cualquier conducta que los haga sentir incómodos. Un ejemplo de cómo compartir esta información con los niños es “Si alguien te hace algo o te hace hacer algo que no parece correcto, debes decir ‘no’ y decírmelo, no importa quién sea esa persona”. Si se revela el abuso, se debe dar una respuesta, considerando que será percibida por el niño y que puede tener un impacto duradero, por ello se debe proyectar una actitud calmada y protectora, sin un extenso y repetitivo interrogatorio, tranquilizando a la víctima y haciéndole ver que lo ocurrido no es por su culpa. Esto tiene suma importancia<sup>53,54</sup>.

El abuso sexual infantil es un tema sensible en el enfoque y, posteriormente, desafiante en el abordaje. Los profesionales de Atención Primaria, si son abiertos y sin prejuicios, pueden proporcionar orientación a las familias para prevenir el abuso, identificar a las víctimas y así mejorar los resultados en todos los ámbitos.

## RECOMENDACIONES SOBRE EL ABUSO SEXUAL<sup>55</sup>

### Comportamiento sexualizado

Sospeche el maltrato infantil y, en particular, el abuso sexual, si un niño preadolescente muestra, o se informa de que muestra, preocupación o comportamientos sexualizados repetidos o coercitivos (por ejemplo, conversación sexual asociada

con el conocimiento, dibujo de órganos genitales, emulación de actividades sexuales con otro niño).

Sospeche el maltrato infantil, y en particular el abuso sexual, pasado o presente, si el comportamiento sexual de un niño o adolescente es indiscriminado, precoz o coercitivo.

Sospeche el abuso sexual si un niño preadolescente muestra, o se informa de que muestra, comportamientos sexualizados poco comunes. Algunos ejemplos incluyen:

- El contacto orogenital con otro niño o con un muñeco.
- La solicitud de ser tocado en la zona genital.
- Introducir o intentar introducir un objeto, dedo o pene en la vagina o el ano de otro niño.

### Trastornos o anomalías en el comportamiento, que se hayan observado o de los que haya informe. Daños autoinfligidos

Considere el maltrato infantil, pasado o actual, en particular el abuso sexual, físico o emocional, si un niño o adolescente es autonocivo. Los daños autoinfligidos incluyen los cortes, los arañazos, los pinchazos, los mordiscos o los rasguños en la piel con el fin de producir una lesión, los tirones del pelo o de las pestañas y la ingesta deliberada de fármacos, con o sin receta, en cantidades superiores a las dosis terapéuticas.

## IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Los médicos de Atención Primaria tienen un papel muy importante en el cuidado de las víctimas de abuso sexual infantil en cualquier momento de su trayectoria.
- El potencial impacto psicológico y físico de las víctimas de abuso sexual infantil, además del aumento del riesgo de revictimización, requiere atención de los profesionales en todos los ámbitos de la Atención Primaria.
- En ausencia de contraindicaciones, la TF-CBT es la primera línea de tratamiento de las víctimas de abuso sexual. Los medicamentos pueden ser considerados en casos refractarios o con diagnósticos psiquiátricos comórbidos, siendo los ISRS la primera línea.
- La prevención mediante la educación sanitaria de los pacientes y sus familias puede ayudarles a evitar el riesgo de abuso sexual infantil.
- Es importante tener una comprensión del diagnóstico epidemiológico, el tratamiento y las secuelas potenciales del abuso sexual infantil porque está infradiagnosticado e infranotificado, y por ello subestimado en la población general.

- La anamnesis adecuada y la alerta ante signos y síntomas de sospecha deben ser inherentes al desempeño clínico de los profesionales de Atención Primaria.
- Ante casos de sospecha deberemos ser conscientes y discriminar sobre la necesidad del examen forense por personal especializado para realizar la oportuna derivación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. *Future Child*. 2009;19:169-94.
2. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328-38.
3. Colton M, Roberts S, Vanstone M. Sexual abuse by men who work with children. *J Child Sex Abus*. 2010;19:345-64.
4. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:269-78.
5. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. En: UNICEF [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf)
6. The Child Abuse Prevention and Treatment Act 2010. En: U. S. Department of Health and Human Services [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf>
7. World perspectives on child abuse. En: International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>
8. Berliner L, Elliot DM. Sexual Abuse of Children. En: Myers JEB, Berliner L (eds.). *Handbook on child maltreatment*. 2.ª edición. American Professional Society on the Abuse of Children; 2002. p. 55-79.
9. National Child Traumatic Stress Network. *Child Sexual Abuse Committee. Caring for kids: what parents need to know about sexual abuse*. Los Ángeles, Durham: National Center for Child Traumatic Stress; 2009.
10. Hanson RF, Adams CS. Childhood sexual abuse identification, screening, and treatment recommendations in Primary Care settings. *Prim Care*. 2016;43:313-26.
11. De Paul Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI. *Manual de protección infantil*. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
12. Baitia S, Moreno P. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. En: UNICEF [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf)
13. Demause L. The Evolution of Childhood. Chapter 1. En: *The Journal of Psychohistory & Abstracts* [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <http://psychohistory.com/books/foundations-of-psychohistory/chapter-1-the-evolution-of-childhood/>
14. Olafson E, Corwin DL, Summit RC. Modern history of child sexual abuse awareness: cycles of discovery and suppression. *Child Abuse Negl*. 1993;17:7-24.
15. Baita S. *Detección y Abordaje del Abuso Sexual Infantil, curso de formación profesional para trabajadores sociales*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 2010.
16. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Conducta sexual del varón*. México: Editorial Interamericana; 1949.
17. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Conducta sexual de la mujer*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1967.
18. Smith CP, Freyd JJ. Institutional betrayal. *Am Psychol*. 2014;69:575-87.
19. Dölling D, Herman D, Horten B, Bannenberg B, Dreßing H, Kruse A, et al. Metaanalyse zum sexuellen Missbrauch an Minderjährigen im Rahmen der katholischen Kirche. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*. 2016;10:103-15.
20. Katzenstein D, Aronson Fontes L. Twice silenced: the underreporting of child sexual abuse in orthodox Jewish communities. *J Child Sex Abus*. 2017; 26:752-67.
21. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 19. Datos 2016. Informes, estudios e investigación 2017. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletinproteccion19provisional.pdf>
22. Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia en España. En: Observatorio de la Infancia [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4\\_total\\_100\\_acces.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf)
23. Cortés MR, Cantón J, Cantón D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*. 2011; 25:157-65.
24. Bentley H, Burrows A, Clarke L, Gilligan A, Glen J, Hafizi, et al. (2018) How safe are our children? The most comprehensive overview of child protection in the UK 2018. En: NSPCC [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <https://learning.nspcc.org.uk/media/1067/how-safe-are-our-children-2018.pdf>
25. Saunders BE, Kilpatrick DG, Hanson RF, Resnick HS, Walker ME. Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: a national survey. *Child Maltreat*. 1999;4:187-200.
26. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 2009;124:1411-23.
27. Finkelhor D, Turner H, Shattuck T, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr*. 2015;169:746-54.
28. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H. Polyvictimization and trauma in a national cohort. *Dev Psychopathol*. 2007;19:149-66.
29. Kilpatrick DG, Saunders BE, Smith DW. *Youth victimization: prevalence and implications*. Washington, DC: National Institute of Justice; 2003.
30. Kilpatrick DG, Saunders BE. *Prevalence and consequences of child victimization: results from the National Survey of Adolescents, final report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 1997.

31. Wolitzky-Taylor KB, Ruggiero KJ, McCart MR. Has adolescent suicidality decreased in the United States? Data from two national samples of adolescents interviewed in 1995 and 2005. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010;39:64-76.
32. McCart MR, Zajac K, Danielson CK. Interpersonal victimization, post-traumatic stress disorder, and change in adolescent substance use prevalence over a ten-year period. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40:136-43.
33. McCauley JL, Conoscenti L, Ruggiero KJ. Prevalence and correlates of drug/alcohol-facilitated and incapacitated sexual assault in a national representative sample of adolescent girls. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009;38:295-300.
34. Hanson RF, Borntreger CF, Self-Brown S, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS, et al. Relations among gender, violence exposure, and mental health: the National Survey of Adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:313-21.
35. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:815-30.
36. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl*. 2012;36:156-65.
37. Lynskey MT, Fergusson DM. Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1997;21:1177-90.
38. DuMont KA, Widom CS, Czaja SJ. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse Negl*. 2007;31:255-74.
39. Kendall-Tackett K, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*. 1993; 113:1164-80.
40. Roesler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis* 1994;182: 145-50.
41. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner H. Polyvictimization and trauma in a national cohort. *Dev Psychopathol* 2007;19:149-66.
42. Briere JN, Elliot DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child* 1994;4:54-69.
43. Felitti VJ, Anda RF. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. En: Centers for Disease Control and Prevention [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html>
44. Messman-Moore TL, Long PJ. The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: an empirical review and theoretical reformulation. *Clin Psychol Rev*. 2003;25:537-71.
45. Final Recommendation Statement: Child Maltreatment: Primary Care Interventions. En: U.S. Preventive Services Task Force [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/child-maltreatment-primary-care-interventions>
46. Kendall-Tackett K, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113:1164-80.
47. Ribbe D. Psychometric review of traumatic event screening instrument for children (TESI-C). En: Stamm BH (ed.). *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville (MD): Sidran Press; 1996. p. 386-7.
48. Ippen CG, Ford J, Racusin R, et al. Traumatic events screening inventory – parent report revised. VA's National Center for PTSD; 2002.
49. Saunders BE, Kilpatrick DG, Hanson RF, Resnick HS, Walker ME. Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: a national survey. *Child Maltreat*. 1999;4:187-200.
50. Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino AP. The role of pediatric providers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;16:447-52.
51. Cohen JA, Bukstein O, Benson SR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:414-30.
52. Horner G. Child maltreatment: screening and anticipatory guidance. *J Pediatr Health Care* 2013;27:242-50.
53. Facts for families: child sexual abuse. En: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Guide/Child-Sexual-Abuse-009.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Child-Sexual-Abuse-009.aspx)
54. Carole J, Crawford-Jakubiak J. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013;13:103.
55. Child Welfare Information Gateway. Mandatory reporters of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau; 2014.
56. Who to suspect child maltreatment. En: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. [en línea] [consultado el 13/06/2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/evidence/full-guideline-243694621>