

Pediatría

saberes y argumentos compartidos
Viviendo desde el asombro.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Capítulo 14

Abordaje de niñas, niños y adolescentes con sospecha de abuso sexual

María Alejandra Flórez Cárdenas

Residente de Pediatría - Facultad de medicina
Universidad de Antioquia.

Ana Isabel Acevedo Osorio

Médica especialista en Pediatría
Pediatria del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Clara María Restrepo Moreno

Ginecóloga Infanto Juvenil
Docente - Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia.

Abordaje de niñas, niños y adolescentes con sospecha de abuso sexual

Introducción

“El abuso sexual es una de las peores formas de violencia, un delito que le quita a las niñas, niños y adolescentes la confianza en las personas, en ellos mismos y en la vida”, UNICEF Ecuador.

El abuso sexual de niños, niñas y adolescentes (NNA) es un problema de salud pública de carácter mundial, mucho más común de lo que se logra dimensionar cuantitativamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe sobre violencia y salud compara el abuso sexual infantil con un Iceberg, donde los casos informados a las autoridades que se caracterizan por presentar las lesiones físicas severas y difíciles de ocultar configuran la punta del problema y son la minoría; luego se encuentran aquellos casos identificados por informes anónimos, y finalmente la mayoría nunca son revelados por las víctimas, bien sea por vergüenza, miedo, culpa u otros factores.

La prevalencia mundial de abuso sexual infantil (ASI) se estima entre 3 y 31 %, aunque la prevalencia auto informada parece ser 30 veces mayor. En el año 2021 según los indicadores del observatorio nacional de violencia de género, de 27.585 casos de violencia sexual reportados en Colombia, 78 % de las víctimas tenían 17 años o menos, y de estas 86 % pertenecían al sexo femenino. Los grupos etarios más afectados son adolescentes (12 - 17 años) con 44,5 % e infancia (6 - 11 años) con 19,7 %.

En el 2015 *Sumner et al.* publicaron el resultado de encuestas realizadas a víctimas de abuso sexual entre 13 - 24 años provenientes de 7 diferentes países de medianos y bajos ingresos; y reportaron que menos del 11 % del total de estas habían recibido servicios de apoyo (atención médica, asistencia legal, de seguridad o apoyo de consejería).

Las víctimas de ASI que acuden a los servicios de salud no siempre consultan por este problema. Lo hacen por exámenes de rutina, y por variados signos o síntomas inespecíficos. Esto resalta la importancia de estar familiarizado con este tema y sospecharlo cuando las manifestaciones clínicas o el relato lo sugieran, porque puede que ese contacto con profesional médico sea la única oportunidad de la víctima para recibir ayuda.

Por otro lado, es importante resaltar que el ASI tiene gran

impacto en los NNA porque los afecta integralmente. El abuso puede dejar en NNA lesiones inmediatas como traumatismo en los órganos reproductivos internos, externos y en la región anal, gestación no deseada, aborto inseguro e infecciones de transmisión sexual. A futuro los expone al inicio temprano de la vida sexual, relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, gestación adolescente y a otros episodios de abuso, tanto físico como sexual.

Respecto a la esfera mental y física, los eventos de ASI tienen una relación muy fuerte con el desarrollo de trastornos mentales, tales como: ansiedad, depresión, dificultades en el sueño, trastorno de estrés postraumático, síntomas somatomorfos y problemas de conducta. A su vez, pueden sufrir de dolores crónicos, trastornos gastrointestinales y de la alimentación, y exposición a consumo de alcohol y drogas.

Finalmente, el ASI hiere la confianza que tienen NNA en su prójimo y dificulta el desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas y su crecimiento con un individuo funcional en la sociedad.

¿Qué se considera abuso sexual infantil?

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “el abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de un agresor (un adulto conocido o desconocido, un pariente u otro NNA) o la gratificación de un observador, implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias”. **Tabla 1.**

Tabla 1. Formas de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA).

Sin contacto físico		- Amenazas de abuso sexual - Acoso sexual verbal - Exhibicionismo - Exposición a pornografía - Voyerismo
Contacto físico	Acceso carnal	- En Colombia se refiere a la penetración en cualquiera de los orificios corporales a NNA puesto en incapacidad de resistir o en un estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, o en menor de 14 años.
	Sin penetración	- Tocamientos - Caricias - Besos inapropiados
Explotación sexual comercial		Promover la explotación sexual comercial, el turismo sexual, la trata de personas, la pornografía
Cultural		Mutilación de genitales femeninos o masculinos, matrimonio infantil, falta de acceso a la salud sexual y reproductiva

Adaptado de: *Banvard-Fox C, Linger M, Paulson DJ, et al. Sexual Assault in Adolescents. Prim Care. 2020 Jun;47(2):331-349.*

¿Cuándo sospechar abuso sexual infantil?

Como causas predisponentes de ASI existen factores sociales, familiares e individuales (**Tabla 2**). Es frecuente que los NNA víctimas de abuso sexual estén expuestos a otras formas de maltrato. Como se había mencionado antes, estos hallazgos en conjunto con otros signos, síntomas y/o comportamientos inexplicables deben alertarnos para iniciar una evaluación integral por sospecha de abuso sexual.

Abordaje de niñas, niños y adolescentes con sospecha de abuso sexual

Tabla 2. Factores de riesgo para abuso sexual infantil (ASI).

Sociales	Familiares	Individuales
Pobreza. Pobre red de apoyo. Bajo nivel de educación. Situación de calle. Conflicto armado. Sociedad machista/patriarcal.	Crianza autoritaria. Sometimiento, dependencia, falla en el vínculo. Desempleo, adicciones. Otros tipos de violencia intrafamiliar. Hacinamiento.	Discapacidad física o mental. Consumo de sustancias. Ser niña o adolescente mujer LGTBQ+

Adaptado de: Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014 Apr;23(2):321-37.

Entre los principales síntomas inespecíficos, las víctimas de ASI pueden presentar: cefalea, dolor abdominal, incontinencia urinaria y/o fecal, estreñimiento, fatiga, tristeza, aislamiento, irritabilidad, pobre rendimiento escolar, abuso de sustancias,

comportamiento hipersexual (o conocimiento sexual no acordes con la edad), conductas sexuales de riesgo, entre otros (**Tabla 3**). La presencia de sangrado anogenital puede indicar una agresión aguda y en todo caso debe sospecharse ASI.

Tabla 3. Signos y síntomas inespecíficos relacionados con violencia sexual en niños, niñas y adolescentes (NNA).

Edad	Síntoma
Todas las edades	- Problemas alimenticios (anorexia, bulimia, entre otros). - Conductas de evitación de familiares y amigos. - Conocimiento o actos sexuales inapropiados para su edad. - Trastornos del sueño, pesadillas, terrores nocturnos.
De 0 a 5 años	- Aferrarse inusualmente a los cuidadores. - Negarse a dejar lugares "seguros". - Regresión del desarrollo (pérdida del lenguaje, enuresis o encopresis).
De 6 a 9 años	- Reacciones similares a niños de 0 – 5 años. - Temer a personas, lugares o actividades particulares, o ser atacados. - Negarse de repente a ir a la escuela o a otra actividad.
De 10 a 19 años	- Depresión, autolesiones, intento suicidas. - Problemas de disciplina o rendimiento escolar. - Comportamientos de riesgo (drogas, alcohol). - Embarazo y/o infecciones de transmisión sexual.

Adaptado de: UNICEF 2012.

Pediatría

saberes y argumentos compartidos
Viviendo desde el asombro.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

¿Cómo realizar la entrevista a NNA con sospecha de abuso sexual?

Una entrevista realizada de forma adecuada es quizás la parte más importante de la evaluación diagnóstica, al considerar que en la mayoría de los casos de ASI no se encuentran hallazgos positivos en el examen genital y anal. Además, va a permitir al médico evaluar de forma integral al NNA, incluida no solo su salud física, sino también la emocional.

La información recogida del relato del paciente se convierte en el insumo básico para definir asuntos tales como: la necesidad de hacer un examen genital y/o anal, los paraclínicos pertinentes, las profilaxis, el tratamiento y las evaluaciones adicionales por parte del equipo multidisciplinar que se aconseja se haga cargo siempre del manejo de este tipo de pacientes.

Desde el inicio de la atención, el médico debe presentarse de forma empática, tranquilizadora y garante de seguridad, realizar el interrogatorio a través de un lenguaje adecuado a su nivel de desarrollo, cultura, nivel socioeconómico y si es necesario idioma. En el preámbulo de la entrevista es importante hablar de temas neutrales que le interesen al paciente (el hogar, sus ocupaciones, la escolaridad, sus amigos, juegos, mascotas, etc.) con el fin de generar confianza, antes de profundizar en el relato del abuso. Según la edad y los deseos del paciente, se sugiere realizar la entrevista sin la presencia de los padres o el cuidador principal, y en cambio ofrecer la compañía de un adulto que ofrezca apoyo al menor, con la intención de brindar

un espacio para el diálogo libre y seguro. En sintonía con esto, el paciente tiene derecho a conocer que está en libertad de responder o no las preguntas y responder no sé /no entiendo.

En general las preguntas deben ser claras, abiertas y de recuerdo libre (¿Qué te pasó?, ¿Cuéntame por qué te trajeron hoy?). Es válido hacer un acuerdo “decir la verdad” pues puede aumentar la honestidad a la hora de contar el relato. En la medida que el paciente cuenta la historia se pueden hacer preguntas para ampliar la información que ofrece, permitiéndole expresarse libremente, sin insistir en preguntas que no desee responder. El tipo de preguntas y la información se obtiene de estas, pues depende del lenguaje y el desarrollo del paciente según su edad (**Tabla 4**).

Otros medios de expresión como el dibujo, la escritura o representación con figuras o modelos son alternativas para facilitar el relato del paciente. Las opiniones individuales, prejuicios o términos estigmatizantes no tienen cabida en el desarrollo de la entrevista. Contar la historia del abuso causa malestar, ansiedad y puede revictimizar al paciente, por lo que el objetivo es desde el primer momento realizar una entrevista muy completa y de buena calidad.

En la elaboración de la historia clínica se sugiere redactar con un formato estructurado para no pasar por alto información relevante, registrar textualmente el relato del NNA y/o de los cuidadores, documentar los síntomas y las lesiones físicas encontradas, así como el estado emocional del NNA. Toda esta información recolectada es confidencial.

Tabla 4. Preguntas adecuadas a víctimas de abuso sexual infantil (ASI) según la edad.

Edad	Proporciona información sobre:
3 - 5 años	- Quién - Qué (Qué parte tocó) - Dónde - El evento sucedió 1 o más veces
	Proporciona información sobre:
6 - 11 años	- Detalles idiosincráticos (características del agresor, por ejemplo, su comportamiento o lenguaje). - Frecuencia relativa de eventos (diaria, semanal, etc.). - Edad en la que inició el abuso o terminó.
	Proporciona información más específica sobre:
12 - 17 años	- Detalles, horarios, duración de los eventos.

Adaptado la conferencia *¿Qué nos pueden decir los niños sobre sus experiencias?* realizada por la Doctora Jordan Greenbaum, International Centre for Missing and Exploited Children. Referenciado en el documento así: Cyr, 2022; Lamb, 2018; Poole, 2016; Kellogg, in Jenny, 2011.

Recomendaciones para realizar el examen físico y la recolección de muestras

Al realizar el examen físico (incluido el examen genital y anal) y si se requieren recolección de evidencia médico legal, es imperativo tratar el riesgo de daños adicionales, trauma, miedo y angustia, con respeto por la autonomía y deseos del NNA.

Las siguientes son consideraciones para tenerse en cuenta antes de proceder a realizar el examen físico/toma de muestras:

1. Obtener consentimiento/asentimiento del paciente (un mayor de 5 años puede negarse) y tutor del NNA (para la realización del examen físico, toma de muestras y material fotográfico de los hallazgos).

2. En lo posible someter al paciente a un solo examen sexológico.

3. Informar con antelación las implicaciones de los resultados positivos o negativos del examen físico o estudios adicionales.

4. De ser posible el paciente puede elegir el sexo del examinador.

5. Contar con la presencia de un adulto de confianza del NNA durante la realización del examen físico/toma de muestras.

6. La evidencia que se va a recolectar debe ser acorde al relato del paciente.

7. Explicar al paciente y acompañante qué se hará paso a paso, mantener el contacto visual y monitorizar los signos de ansiedad, miedo o incomodidad que pueda manifestar el paciente.

Todo examen físico con fines sexológicos requiere la toma de signos vitales, medidas pondo-estaturales, examen físico

Pediatría

saberes y argumentos compartidos
Viviendo desde el asombro.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

general, estado anímico, y se deja por último la realización del examen anogenital si el relato así lo indica.

En la inspección general, se debe hacer énfasis en aspectos como: pérdida de cabello o vello, hematomas, contusiones, abrasiones, Petequias, marcas de mordeduras, Petequias palatinas, desgarros del frenillo, aftas, evidencias de traumatismos orales o dentales, signos de estrangulamiento (lesiones en cuello, dolor de garganta o cuello, Petequias, cambios en la voz).

En la evaluación anogenital debe buscarse principalmente: Vulva y vagina: sangrado, hematomas, edema, laceraciones, irritación, cicatrices, flujo vaginal anormal, cambios de coloración o textura de la piel, inflamación uretral, verrugas, úlceras, escotaduras del himen, adenopatías. En el ano: hinchazón, hematomas, laceraciones, cicatrices, dilatación (en ausencia de heces), pérdida del tono del esfínter, pérdida del patrón de pliegues anales, verrugas, úlceras, secreciones, cambios de coloración o textura de la piel, entre otras.

En caso de requerir la realización de examen genital bimanual, vaginoscopia con espéculo o anoscopia (debido a sospecha de cuerpo extraño o laceraciones importantes), estos procedimientos deben siempre realizarse bajo sedación anestésica profunda para poder hacer el respectivo diagnóstico y tratamiento.

Tal como se ha mencionado previamente, la evaluación física de las víctimas de ASI puede arrojar hallazgos normales a la exploración anogenital, sin embargo, esto no excluye la agresión. En un estudio realizado por Smith et al. de 3.659 evaluaciones físicas de víctimas de ASI, solo 4,8 % tuvo hallazgos positivos en el área anogenital.

Por otra parte, existen algunas lesiones físicas anogenitales que se consideran altamente sugestivas de ASI (aun en ausencia de revelación por parte del niño a menos que exista una descripción oportuna y posible de lesión anogenital accidental o intervenciones quirúrgicas confirmadas):

1. Laceraciones o moretones en labios genitales, pene, escroto o perineo.
2. Laceración aguda de la horquilla vulvar posterior.
3. Hematomas, Petequias o abrasiones en el himen.

4. Laceraciones agudas del himen (cualquier profundidad, parcial o completa).

5. Laceración vaginal o perianal con exposición de tejidos subdérmicos.

6. Destrucción del esfínter anal externo.

7. Lesiones tipo úlceras, condilomas, molusco en genitales.

En lo que concierne al hallazgo de una infección de transmisión sexual (ITS) en un menor, se conoce que algunas de ellas pueden ser adquiridas de forma vertical (durante su paso a través del canal del parto, de la madre previamente infectada), por lo cual se considera que de no existir un relato que haga sospechar ASI, al comprobar clínicamente o mediante resultados de laboratorio específicos infección por virus del herpes simple en menores de 5 años, *Chlamydia trachomatis* en menores de 3 años, virus del papiloma humano VPH en menores de 2 años y *Trichomonas vaginalis* en menores de 1 año, podrían corresponder a este mecanismo de contagio y no debido a ASI. Adicionalmente, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis o *Neisseria gonorrhoea* si se excluye la transmisión perinatal, también indican ASI.

Recolección de muestras (evidencia médico legal)

La finalidad de las muestras recolectadas son las siguientes: descartar ITS, detectar espermatozoides y determinar la identidad del agresor.

Se considera que no es necesario realizar pruebas de ITS en todos los casos de sospecha de ASI; dependerá del riesgo de ITS (tipo de abuso, síntomas o lesiones anogenitales). Las indicaciones para realizar pruebas de ITS son:

1. Abuso con penetración de los genitales o el ano.
2. Perpetrador con ITS o con un alto riesgo de infectarse o perpetrador desconocido.
3. Convivientes con ITS.
4. Alta tasa de ITS en la comunidad.
5. Presencia de signos o síntomas de una ITS.

Abordaje de niñas, niños y adolescentes con sospecha de abuso sexual

6. El niño ya ha sido diagnosticado con una ITS.

En caso de ser necesaria la toma de muestras para el diagnóstico de una ITS, es importante que se realice en todo caso de víctima de acceso carnal en las últimas 72 horas (antes de recibir la respectiva profilaxis) o en caso de tener signos o síntomas de una ITS independiente del tiempo de evolución.

Para la recolección de evidencia médico legal, según el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual, estas solo se toman si la agresión ocurrió en las últimas 72 horas.

Manejo del NNA en quien se confirma el ASI

Como este capítulo está centrado en el NNA que acude a los servicios de salud por motivos de consulta diferentes a abuso sexual, al identificar el ASI, la víctima va a requerir la evaluación multidisciplinaria para garantizarle:

1. Su seguridad, mediante el reporte a la institución de protección del menor como lo es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y la denuncia respectiva ante el sistema judicial (Fiscalía General de la Nación).
2. Su salud física, para lo que se debe proporcionar las profilaxis antibióticas/anticoncepción de emergencia en los casos agudos (<72 horas), los tratamientos específicos para ITS detectadas, la asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (IVE) si es el caso, los procedimientos/cirugías ginecológicas, proctológicos y/o urológicos, para diagnóstico y/o tratamiento de posibles lesiones agudas o secuelas físicas.
3. Su salud mental, requiere el apoyo por psicología y/o psiquiatría según el caso, para el manejo agudo y seguimiento.

Mensajes indispensables

- El ASI es un problema de salud pública importante por su alta prevalencia, la dificultad que implica la identificación de las víctimas y la gran afectación en la salud mental y física de los sobrevivientes.

- Los síntomas y signos de los NNA víctimas de ASI pueden ser inespecíficos, y crónicos y la mayoría de los afectados no logran relatar de forma directa y espontánea el abuso, por lo cual es indispensable evaluar de forma integral y minuciosa aquellos casos en los cuales exista la mínima sospecha.

- La entrevista clínica en NNA con sospecha de abuso sexual, es la herramienta más útil en su abordaje, requiere de personal médico sensible, empático y entrenado para mejorar la identificación de las víctimas, ofrecer apoyo, tratamiento oportuno y un adecuado seguimiento a largo plazo.

- En la mayoría de los pacientes pediátricos que sufren de abuso sexual, el examen genital y anal es normal, por lo que la ausencia de hallazgos al examen físico no descarta la agresión.

Lecturas recomendadas

1. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014 Apr;23(2):321-37. doi: 10.1016/j.chc.2014.01.003. PMID: 24656583; PMCID: PMC4413451.
2. World Health Organization. Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. PMID: 29630189.
3. Banvard-Fox C, Linger M, Paulson DJ, Cottrell L, Davidov DM. Sexual Assault in Adolescents. Prim Care. 2020 Jun;47(2):331-349. doi: 10.1016/j.pop.2020.02.010. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32423718; PMCID: PMC7702185.
4. Hösükler E, Yılmaz A, Erkol ZZ. Evaluation of Juvenile and Adolescent Sexual Abuse Victims: A Retrospective Study. Turk Arch Pediatr. 2022 Jan;57(1):68-74. doi: 10.5152/TurkArchPediatr.2022.21186. PMID: 35110081; PMCID: PMC8867506.

Pediatría

saberes y argumentos compartidos
Viviendo desde el asombro.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

5. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Apr;29(2):81-87. doi: 10.1016/j.jpag.2015.01.007. Epub 2015 Feb 12. PMID: 26220352.

6. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult? *Eur J Pediatr*. 2018 Sep;177(9):1343-1350. doi: 10.1007/s00431-018-3193-z. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29938356; PMCID: PMC6096762.

7. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016 Mar;137(3):e20154079. doi: 10.1542/peds.2015-4079. Epub 2016 Jan 25. PMID: 26810785; PMCID: PMC6496958.

8. Ministerio de Salud y protección social. Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2020. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/12/Actualizacion-Protocolo-de-Atencion-en-salud-para-Victimas-de-Violencia-Sexual.pdf>

9. La frase inicial del texto fue tomada de la pagina de UNICEF Ecuador: <https://www.unicef.org/ecuador/ahora-que-lo-ves-di-no-más>