

Abuso sexual infantil. Nuestra experiencia de un año

J. Pou Fernández, I. Jordán García, L. Gómez López

Resumen. *Objetivo:* Revisar nuestra casuística sobre el abuso sexual infantil del año 1994 y proponer una clasificación diagnóstica de nuestros hallazgos. *Material y métodos:* Se han revisado retrospectivamente 18 casos de abuso recogiendo en cada caso los datos: edad, sexo, mecanismo de llegada, situación familiar, posible agresor, historia clínica positiva o no, hallazgos físicos, presencia de trastornos psicológicos y exámenes complementarios, llegándose según esto a 4 niveles de clasificación de resultados: normal, compatible con abuso, sospechoso de ello y contacto sexual o penetración seguros. *Resultados:* El número de niños atendidos fue de 18 y 13 (72%) eran mujeres. El menor tenía 1 mes y el mayor 14,5 años. La historia clínica fue positiva en 6 casos. Los hallazgos físicos permitieron el diagnóstico de seguridad en 3 ocasiones. Se demostró presencia de semen en 1 ocasión y obtuvimos un cultivo positivo a gonococo. El posible abusador fue el padre en 5 casos. El diagnóstico final fue de normalidad en 6 casos, compatible con abuso en 4, sospechoso en 3 y de contacto sexual o penetración seguros en 5. *Discusión:* El diagnóstico de abuso sexual es muy difícil. La historia clínica sigue siendo un pilar básico ya que los hallazgos físicos y las pruebas complementarias no suelen ser concluyentes. Proponemos clasificar las conclusiones una vez valorada toda la información en 4 grupos: normal, compatible con abuso, sospechoso de abuso y contacto sexual o penetración seguros.

An Esp Pediatr 1996;45:245-248.

Palabras clave: Abuso sexual. Infancia.

CHILD SEXUAL ABUSE. OUR EXPERIENCE DURING ONE YEAR

Abstract. *Objective:* We have analyzed our population in regards to child sexual abuse during 1994 and propose a diagnostic classification of our findings. *Patients and methods:* We reviewed retrospectively 18 cases of abuse, collection in each case the following data: age, sex, reason for the consultation, family situation, perpetrator, positive clinical history or not, physical findings, psychological disorders and complementary examinations. We established 4 classification levels: normal, compatible with abuse, suspicious and sexual contact or certain penetration. *Results:* The number of children attended was 18. Thirteen (72%) were female. The youngest was 1 month old and the oldest 14.5 years. The clinical history was positive in 6 cases. The physical findings allowed a certain diagnostic in 3 cases. Presence of semen was demonstrated in 1 case and 1 positive culture for gonococci was obtained. The final diagnosis was normal in 6 cases, compatible with abuse in 4, suspicious in 3 and certain sexual contact or penetration in 5. *Conclusions:* The diagnosis of sexual abuse is very difficult. The clinical history is still necessary due to the fact

that physical findings and complementary tests tend to not be conclusive. We propose that once the information has been evaluated the conclusion be classified into 4 groups: normal, compatible with abuse, suspicious and certain sexual contact or penetration.

Key words: Sexual abuse. Child.

Introducción

Aunque en nuestro país no existen cifras sobre la incidencia de abusos sexuales infantiles, nuestra experiencia personal es que, al igual que ha ocurrido en otros lugares, el número de casos diagnosticados está aumentando últimamente y la edad de los niños es cada vez menor⁽¹⁻³⁾.

El establecimiento del diagnóstico de sospecha de abuso sexual es siempre muy difícil porque en la mayoría de ocasiones no existen suficientes signos objetivos para realizarlo⁽⁴⁾. Incluso en análisis retrospectivos de niños abusados en los que el abusador ha reconocido el hecho, los hallazgos físicos se encuentran en un pequeño porcentaje. Por ello, la historia clínica continúa siendo un elemento importante en el diagnóstico.

Al mismo tiempo es necesario tener presente que este diagnóstico tiene una serie de consecuencias legales que alcanzan al niño, a la familia y al propio médico.

El motivo de este trabajo es el de revisar nuestra casuística del año 1994 y proponer, como lo han hecho otros autores, una clasificación diagnóstica de nuestros hallazgos que tiene la obligación legal de denunciar cualquier sospecha y de realizar un informe escrito para las autoridades judiciales⁽⁵⁻⁷⁾.

Material y métodos

Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de los niños con sospecha de abuso sexual, bien haya sido remitido por otro profesional u otro centro bien la sospecha haya sido realizada por el equipo asistencial del hospital.

De cada historia se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, mecanismo de llegada (abuso agudo o reciente, sospecha médica en el curso de una visita, remitido por otro profesional o centro), situación familiar, posible agresor, historia clínica positiva o no, hallazgos físicos (clasificados como normal, compatible, muy probable o seguro), presencia de trastornos psicológicos, exámenes complementarios y conclusión final.

La historia clínica, que se realizó con la sospecha de abuso, se consideró positiva cuando fue relatada directamente por el pequeño y era creíble, teniendo en cuenta la edad y las descripciones del paciente.

Unitat Integrada de Pediatria. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu. Servei de Pediatria. Universitat de Barcelona.

Correspondencia: Jordi Pou Fernández. Servicio de Pediatria. Crtra. Esplugues, s/n. 08034 Barcelona.

Recibido: Junio 1995

Aceptado: Noviembre 1995

Tabla I

Caso	Edad	Sexo	Remitido por	Situación familiar	Hª clin.	Exploración	Genitales	Ano	Cultivo frotis	Man.	Trastorno psicológico	Agresor	Conclusión
1	9 a	/	Sospecha	-	+	Seguro	Himen perf.	N	-	No	Sí	Vecino	Seguro
2	12'5 a	/	DGAI	-	+	Seguro	Himen perf.	N	-	-	Sí	Padre	Seguro
3	14'5a	?	Agudo	-	+	Seguro	N	Fisuras múlt.	Semen	No	-	Desconocido	Seguro
4	6'5 a	/	Psicólogo	Separados	-	-	N	N	No	No	Sí	-	Normal
5	4'5 a	/	DGAI	-	-	-	N	N	No	No	-	-	Normal
6	4 a	?	DGAI	-	-	-	N	N	No	No	-	-	Normal
7	3 a	?	DGAI	Separados	-	-	N	N	No	No	-	-	Normal
8	6 a	/	Sosp. med.	-	-	-	N	N	No	No	-	-	Normal
9	4 a	/	Juez	-	+	-	N	N	-	No	-	Tío	Sospechoso
10	3 a 3 m	/	Juez	-	-	-	N	N	No	No	-	-	Normal
11	3 a 11 m	?	Sosp. med.	Separados	+	-	N	N	-	No	Sí	Padre	Sospechoso
12	3 a	/	Sosp. med.	Separados	+	-	N	N	-	No	Sí	Padre	Sospechoso
13	1 m	/	Agudo	-	-	Seg. Necro.	N	Desg. anorect.	No	No	-	Padre	Seguro
14	2 a	/	DGAI	Separados	-	Compatible	N	N	No	No	-	-	Compatible
15	2 a	/	Otro hosp.	Separados	-	Compatible	N	N	No	-	-	-	Compatible
16	1 a	/	DGAI	Separados	-	Compatible	N	N	No	No	-	-	Compatible
17	1 a 2 m	/	Juez	Separados	-	Compatible	N	N	No	-	-	-	Compatible
18	4 a	/	Juez	Separados	-	-	N	N	+	No	-	Padre	Seguro

Gonococ

Man.: Manometría anorrectal

Los hallazgos fueron considerados como: normales cuando no existían, compatibles cuando podían ser debidos a abuso sexual pero también a otras causas, muy probable cuando, sin ser evidentes manifestaciones de contacto sexual o penetración, es difícil que sean debidas a otras causas y seguro cuando son por contacto sexual o penetración.

Las conclusiones se establecieron una vez valorados el total de datos (historia clínica, hallazgos físicos y pruebas complementarias) en cuatro grupos: normal, compatible con abuso, sospechoso de abuso sexual y contacto sexual o penetración seguros.

Resultados

En la tabla I se recogen de forma resumida los hallazgos.

El número de niños atendidos fue de 18 de los cuales 13 (72%) eran mujeres. En la **tabla I** vemos la distribución por edades; el menor tenía un mes y el mayor algo más de 14 años.

La historia clínica fue positiva en 6 casos: una agresión con penetración anal comprobada, dos niñas de 9 y 12 años en las que los hallazgos físicos corroboraron la historia y tres en niños menores de 5 años.

Los niños llegaron a nuestra Unidad de forma aguda en 2 ocasiones, por sospecha del médico en 4 y remitidos en 12. Por este último mecanismo llegaron remitidos: por el psicólogo en 1 ocasión, por un juez en 4 casos, de otro hospital en uno y de la DGAI (Delegación General de Atención a la Infancia) en seis.

La mitad de las familias estaban en situación de separación conyugal. Los sospechosos de perpetrar el abuso fueron: el padre en 5 ocasiones, un tío carnal en otra, un conocido (vecino) en otro caso y un desconocido en otro; todos ellos eran varones. En los restantes 10 casos no se llegó a la conclusión de abuso.

Los hallazgos físicos fueron: de normalidad en 10 casos, compatible con abusos en 4 niños (todos ellos por presencia de condilomas acuminados), y de seguridad de contacto sexual o penetración otros 4: uno de ellos comprobado en la necropsia, otro con fisuras anales múltiples y 2 con desgarramiento himenal.

Ninguno de nuestros pacientes acudió a la consulta únicamente por alteraciones de tipo psicológico, aunque uno estaba siendo sometido a tratamiento y nos fue remitido por el psicólogo. En este caso se estableció el diagnóstico de normalidad y no correspondía pues a un abuso. Sin embargo, 5 de nuestros niños presentaron alteraciones psicológicas atribuibles al abuso. Una niña de 9 años, en la que la exploración confirmó el abuso, se negaba a ser visitada por un médico varón, dos niños de 3 y 3,5 años presentaban trastornos del sueño y lesiones de automutilación (mordedura de labios, arrancamiento de uñas, etc.) y dos niñas estaban muy deprimidas.

Se practicó cultivo y frotis vaginal en 5 niñas, encontrándose uno de ellos positivo a *N. gonorrhoeae*. La manometría anorrectal practicada a 3 de los pacientes fue normal. En 1 caso de agresión aguda con penetración anal se halló semen en el frotis.

Las conclusiones fueron: contacto sexual o penetración se-

guras en 5 casos (3 por la historia clínica y hallazgos físicos coincidentes, 1 en la necropsia y otro por cultivo positivo a *N. gonorrhoeae*), sospecha de abuso sexual en 3 (todos ellos por la historia clínica), compatible con abuso en 4 (todos con condilomas) y normal en 6 casos.

Todos, excepto uno que falleció, fueron controlados por un psicólogo y 15 de ellos siguen tratamiento ambulatorio. El niño que falleció tenía un mes de edad y el abuso sexual comprobado por la presencia de desgarras a nivel anorrectal se encontraba en el contexto de un niño apaleado.

Discusión

La mayoría de países, al igual que ocurre en el nuestro, carecen de datos reales sobre la prevalencia del abuso sexual infantil. Algunos autores lo cifran entre el 6-62% de las niñas y el 3-16% de los varones⁽⁸⁾. Otros dicen que del 15 al 25% de los adolescentes han sufrido un abuso sexual^(3,9,10,11). En lo que sí están de acuerdo es en el aumento del número de casos diagnosticados y en el descenso de la edad de los afectados^(1,2,6,9).

Las niñas suelen ser víctimas de la agresión con mayor frecuencia que los varones en una proporción de un varón por cada 2,5-3 niñas^(1,8,12). En nuestra serie el 72% eran mujeres.

Debido a la gran dificultad de encontrar lesiones demostrativas la historia clínica continúa siendo un elemento básico en el diagnóstico. En nuestros enfermos permitió el diagnóstico de sospecha por sí sola en 3 casos (todos menores de 5 años), pero en otros 3 coincidió con los hallazgos físicos lo que hace un total de 6/18 (33%). De ahí que, salvo en las situaciones de una agresión aguda, en cuyo caso habrá que realizarla de inmediato anotando toda clase de detalles⁽¹³⁾, habitualmente se recomienda que la realice la persona más experta aunque ello implique demorarla^(1,14). Los objetos, como muñecas, o los dibujos tienen que ser empleados por personal experto^(1,15) y nosotros no los hemos utilizado en ningún caso.

Junto con la historia clínica y las pruebas complementarias la exploración es el otro pilar diagnóstico. Sin embargo, e incluso en casos en que el abuso es confirmado por el agresor, los hallazgos son nulos^(7,16,17).

La exploración suele ser difícil y aunque nosotros no tuvimos necesidad, algunos autores recomiendan la sedación para realizarla correctamente⁽¹⁸⁾.

Tan sólo un 3-16% de los niños abusados presentan signos físicos⁽⁴⁾. En nuestro estudio la exploración corroboró el diagnóstico de seguridad en un 4 de 18 niños (22% de los casos). Los hallazgos en los genitales femeninos, aunque pueden no ser absolutamente demostrativos, son múltiples^(4,5,7,19,20) y en ocasiones pueden confundirse con la normalidad o ser debidos a otras causas. Por ello algunos autores proponen clasificar los hallazgos en varios grupos de acuerdo con la especificidad que poseen en relación al diagnóstico de abuso sexual^(6,7). Nosotros hemos clasificado los hallazgos en 4 grupos: normal, compatible, muy probable y seguro, y creemos que son útiles a la hora de establecer conclusiones. Aunque algunos autores recomiendan el uso de colposcopio para hacer la exploración^(20,21), nosotros no

lo hemos utilizado. Tampoco hemos realizado, porque no nos ha sido necesario, la medición del diámetro de apertura vaginal. Este dato, que en un principio se creyó definitivo para el diagnóstico, sufre notables variaciones según la técnica utilizada, hecho por el que ha perdido parte de su valor, aunque un diámetro de apertura superior en 2 DS a las medidas estándar obliga a mayores investigaciones y representa un alto índice de sospecha^(1,6,22,24).

Los hallazgos a nivel anal y perianal son también múltiples aunque difíciles de reconocer en muchos casos^(25,27). En nuestra serie dos niños presentaron manifestaciones demostrativas. Uno fue el hallazgo necrópsico y el otro el niño sometido a una agresión por un desconocido, donde las múltiples fisuras y el hallazgo de semen permitieron corroborar la historia. El hallazgo de lesiones anales de desgarro en la necropsia del niño apaleado es muy raro, pensamos que en nuestro caso constituye un hecho excepcional.

En nuestra serie los trastornos psicológicos no fueron el motivo de consulta aunque en un caso, en el que no se comprobó el abuso, sí fueron causa de sospecha. Pese a ello 5/18 (28%) presentaban manifestaciones evidentes. Los síntomas que pueden presentar los niños víctimas de abuso son muy variados e inespecíficos^(9,13,14,34) pero siempre deben ser tenidos en cuenta y en muchos casos puede ser el primer indicio diagnóstico. En las situaciones agudas es muy importante reseñar con detalle el estado psicológico del paciente⁽¹³⁾.

La presencia de un cultivo positivo a *N. gonorrhoeae*, como ocurrió en uno de nuestros pacientes, permite asegurar el diagnóstico^(6,28). Por ello, es recomendable el practicar cultivos siempre que exista la sospecha de abuso o que nos encontremos frente a una vulvovaginitis recidivante después de un correcto tratamiento⁽²⁹⁾.

La existencia de condilomas acuminados no es rara en los niños y aunque debe hacernos pensar en la posibilidad de un abuso sexual caben otras posibles vías de contagio^(30,33). Por esta razón nosotros hemos clasificado este hallazgo como compatible con abuso sexual, pero serán necesarios otros datos (historia clínica) para corroborar el diagnóstico.

Es sabido el hecho de que el abusador suele ser alguien conocido, por lo general de la familia y que con mayor frecuencia los abusadores son adultos^(1,14,20). En nuestra serie, aunque no existe confirmación, las sospechas recayeron siempre en varones y en 5 ocasiones era el padre.

El diagnóstico de sospecha o de abuso sexual provoca una serie importante de consecuencias entre las que caben destacar las legales. La atención a las pequeñas víctimas siempre requiere la colaboración de un equipo multidisciplinario en el que deben intervenir un pediatra, un ginecólogo, un psicólogo, asistentes sociales y diplomados en enfermería. El resultado del trabajo conjunto deberá plasmarse en un informe objetivo en el que se describan todos los hallazgos en conjunto y las conclusiones del equipo^(15,34,36). Dichas conclusiones se realizarán tras la valoración en conjunto de la historia clínica, la exploración y los exámenes complementarios. Para ello y para facilitar la compren-

sión de la situación y sus posteriores decisiones a los juristas hemos clasificado nuestras conclusiones en :

- ausencia de abuso cuando no lo sospechamos,
- compatible con abuso cuando los hallazgos pueden ser debidos a un abuso pero también a otras causas (por ejemplo, en presencia de condilomas),
- sospechoso de abuso cuando la causa es con mucha probabilidad o casi seguridad un abuso pero no disponemos de signos objetivos que lo demuestren (por ejemplo con hallazgos clínicos normales e historia clínica positiva),
- contacto sexual o penetración seguros cuando existen signos objetivos que lo evidencien.

Creemos que esta es una clasificación sencilla que permite una comprensión por parte del personal no especializado y que refleja el conjunto del trabajo llevado a cabo por el equipo multidisciplinario de forma objetiva.

Bibliografía

- 1 Berkowitz C D: Abuso sexual en la infancia. *Pediatrics in review* (ed. española), 1993;**14**:133-144.
- 2 Hobbs C J, Wynne J M: Management of sexual abuse. *Arch Dis Child*, 1987;**62**:1182-1187.
- 3 Steve Simons C, Reichert S: Sexual abuse, adolescent pregnancy and child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1994;**148**:23-27.
- 4 Bays J, Chadwick D: Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse and Neglect*, 1993;**17**:91-110.
- 5 Linblad F, Ormstad K, Elinder G: Child sexual abuse. *Acta Paediatr Scand*, 1989;**78**:935-943.
- 6 Committee on child Abuse and Neglect: Pautas para la evaluación de los niños sometidos a abusos sexuales. *Pediatrics* (ed. esp.), 1991;**31**:109-114.
- 7 Adams J A, Harper K, Kindson S, Revilla J: Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics*, 1994;**94**:310-317.
- 8 Finkelhor D: Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 1993;**17**:67-70.
- 9 Hobbs C J, Wynne J M: Child sexual abuse. And increasing rate of diagnosis. *The Lancet*, 1987:837-841.
- 10 Furnis T, Bingley-Miller L, Bentovim A: Therapeutic approach to sexual abuse. *Arch Dis Child*, 1984;**59**:865-870.
- 11 Ladson S, Johnson Ch F, Doty R E: Do physicians recognize sexual abuse? *AJDC*, 1987;**141**:411-415.
- 12 Committee on adolescence: American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* (ed. esp.), 1988;**25**:265-267.
- 13 Pou Fernández J, Surís Granell J C: Abusos sexuales a la infancia i a l'adolescència. Proposta de pauta. *But Soc Cat Pediatr*, 1991;**51**:53-57.
- 14 Hobbs C J, Wynne J M, Hanks M G I: Sexual abuse. *Current Pediatrics*, 1991;**1**:157-165.
- 15 Zeitlin H: Investigation of the sexually abused child. *The lancet*, 1987:842-845.
- 16 Muram D: Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital finding. *Child Abuse and Neglect*, 1989;**136**:211-216.
- 17 Delong A R, Rose M: Legal proof of child sexual abuse in de absence of physical evidence. *Pediatrics*, 1991;**88**:506-511.
- 18 Harari M D, Netzer D: Genital examination under ketamine sedation in cares of suspected sexual abuse. *Arch o Dis of Child*, 1994;**70**:197-199.
- 19 Rimsza M E, Niggemann E H: Medical evaluation of sexually abused children: a review of 311 cases. *Pediatrics*, 1982;**69**:8-14.
- 20 Emans S J, Woods E R, Flagg N T, Freeman A: Genital findings in sexually abused symptomatic and asymptomatic girls. *Pediatrics*, 1987;**79**:778-785.
- 21 Mc Cann J: Uso del colposcopio en los exámenes de los niños que han sufrido abuso sexual. *Cl Pediatr Nort*, 1990;**4**:913-930.
- 22 Goff D W, Burcke K R, Rickenback C, Buebendorf D P: Vaginal opening measurement in prepubertal girls: *AJDC*, 1989;**143**:1366-1368.
- 23 Mc Cann J, Wells R, Simon M, Vans J: Genital findings in prepubertal children selected for non abused: a descriptive study. *Pediatrics*, 1990;**86**:428-439.
- 24 Mc Cann J, Vans J, Simon M: Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 1992;**89**:307-318.
- 25 Hobbs C J, Wynne J M. Sexual abuse of english boys and girls: the importance of anual examination. *Child Abuse Neglect*, 1989;**13**:195-210.
- 26 Mc Cann J, Vans J: Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 1993;**91**:390-397.
- 27 Hobs C J, Wynne J M: Buggery in childhood. A common syndrome of child abuse. *The Lancet*, 1986;792-796.
- 28 Ingram D L: Neisseria gonorrhoeae in children. *Pediatrics Annals*, 1994;**23**:341-345.
- 29 Pierce A M, Hort A: Vulvovaginitis causes and management. *Arch Dis Child*, 1992;**67**:509-512.
- 30 Franssier L N: Human papillomavirus infections in children. *Pediatrics Annals*, 1994;**23**:354-360.
- 31 Cerdán Miguel F J, Moreno Carretero G, Martínez Cortijo S, Mugüerza Huguet J M, Chicote Pozo J, Balibrea Cantero J L: Condilomas acuminados en niños. *An Esp Pediatr*, 1993;**3812**:123-126.
- 32 Roussey M, Dabadie A, Cheurant-Breton O, Cheurant-Breton J, Le Marec B: Condylomes acuminés chez l'enfant. *Arch Fr Pediatr*, 1988;**45**:429-434.
- 33 Martínón Sánchez F, Martínón Sánchez M L, Fanña Guerrero P, Michelena del Riego M, Mato Prada J: Condiloma acuminado en niños. *An Esp Pediatr*, 1988;**28**:15-18
- 34 Herjaubie B, Ronald P, Wilbois M O: Sexual abuse of children. Detection and management. *JAMA*, 1978;**239**:331-333.
- 35 Williams C: Expert evidence in cares of child abuse. *Arch Dis Child*, 1993;**68**:712-714.
- 36 Strichland S: Sexual abuses assesment. *Pediatric Annals*. 1989;**18**:495-500.