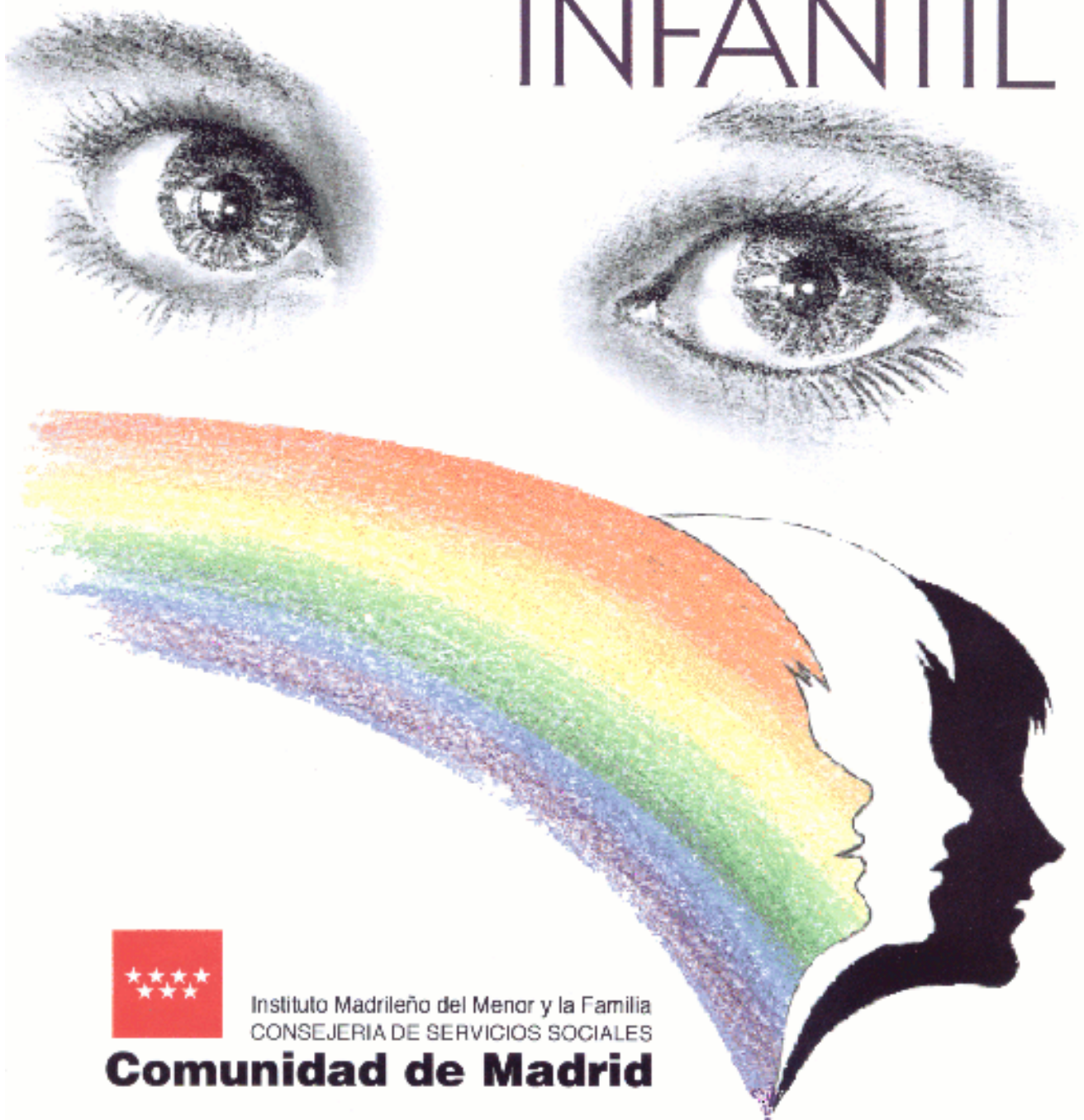
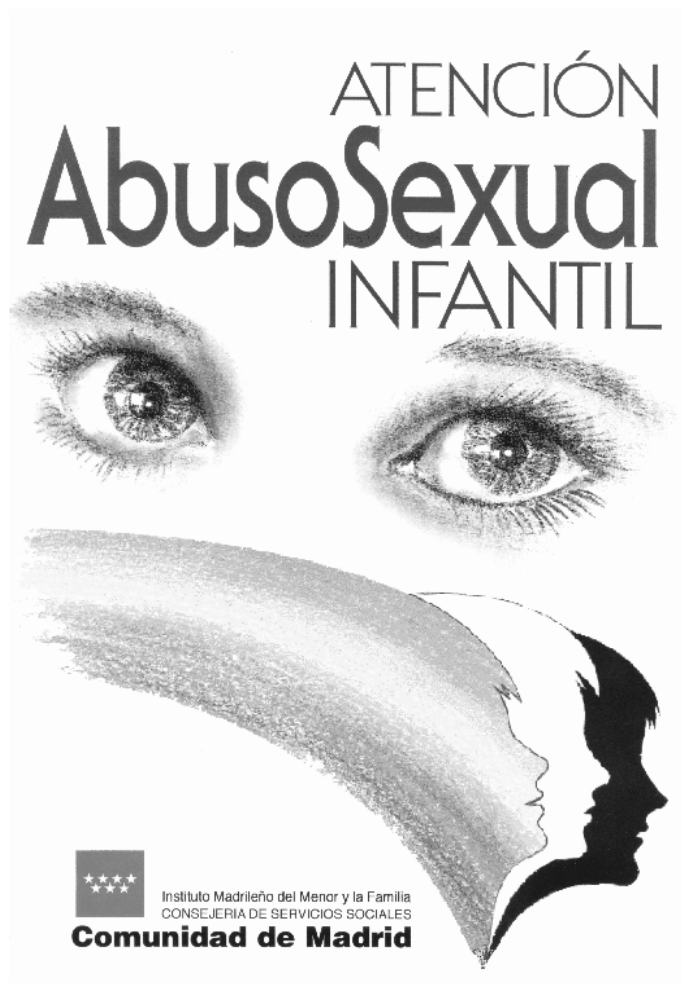


ATENCIÓN Abuso Sexual INFANTIL



Instituto Madrileño del Menor y la Familia
CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid



ATENCIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

**Programa de Atención al Maltrato Infantil
Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Consejería de Servicios Sociales**

Atención al abuso sexual infantil

© José A. Díaz Huertas
Juan Casado Flores
Esperanza García García
Miguel Ángel Ruiz Díaz
Joaquín Esteban Gómez
DIRECTORES

Edita: INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA
Consejería de Servicios Sociales

Portada: Román Redondo

Tirada: 1.500 ejemplares
Edición: 12/00

Depósito legal:
I.S.B.N.:
Imprime: **B.O.C.M.**

ATENCIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

	pagina
ÍNDICE	3
Presentación. Pilar Martínez López. Consejera de Servicios Sociales	5
Introducción. Esperanza García García. Directora Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia ...	7
I. Programa de atención al abusos sexual infantil desde el ámbito sanitario	9
• Justificación	11
• Marco legal	12
• Descripción del contenido del Programa	14
• Objetivos que se pretenden alcanzar	15
• Actividades	15
1. Formación	15
2. Registro de casos	15
3. Diagnóstico e intervención	19
4. Prevención	19
• Actividades que incluye el Programa y calendario previsto	20
• Evaluación y seguimiento del programa	21
• Contenidos del Programa de formación	22
• Equipo	22
II. Proceso de atención al abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario	27
Justificación	29
Protocolo de actuación desde la Comunidad de Madrid	29
Esquema general de actuación desarrollado en este protocolo	29
A. Casos con contacto físico y menos de 72 horas desde que sucedieron los hechos ..	29
B. Casos con contacto físico y más de 72 horas desde que sucedieron los hechos	29
C. Casos sin contacto físico	29
Actuación ante el abuso sexual infantil	30
1º Planes generales	30
2º Principios básicos de intervención	30
3ª Proceso de actuación ante el abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario	31
1ª Fase: Detección	32
2ª Fase: Notificación	35
3ª Fase: Tratamiento / intervención	36
Planteamiento legal de los abusos sexuales a menores	38
1º. Principales normas en el sector	38
2º. Esquema general del procedimiento judicial	38
1ª Fase: Fase de Instrucción	38
2ª Fase: Fase del Juicio	40
Mecánica general de actuación en los casos de abusos sexuales de menores: Sistema integrado de intervención sanitaria y jurídico-procesal	41
1. Detección	41
2. Asistencia en juicio al menor	41
Orientación del abuso sexual infantil desde Atención Primaria y la Urgencia hospitalaria	42
III. Contenidos del Programa de formación	47
01. Abuso sexual: historia, concepto, epidemiología. <i>José A. Díaz Huertas</i>	49
02. Maltrato físico y abuso sexual. <i>Juan Casado Flores</i>	59
03. Etiología del abuso sexual. <i>Joaquín Esteban Gómez</i>	65
04. Desarrollo puberal y del niño. <i>Carmen Martínez González</i>	71
05. Efectos psicológicos del abuso sexual. <i>Blanca Vázquez Mezquita</i>	77
06. Sospecha de enfermedades de transmisión sexual. <i>Juan Ballesteros Martín</i>	83
07. Protocolo de recogida de muestras médicas. <i>Bárbara Rubio Gribble</i>	93
08. Diagnostico del abuso sexual: aspectos clínicos. <i>José María Arribas Blanco</i>	97
09. Evaluación del abuso sexual infantil. <i>Soledad Galiana, Helena de Marianas</i>	105
10. Tratamiento médico del abuso sexual en la infancia. <i>Jesús García Pérez</i>	113
11. Intervención psicológica con menores víctimas de abuso sexual. <i>Soledad Galiana, Helena de Marianas</i>	117
12. Atención a menores en situación de abuso desde los Servicios Sociales. <i>Mª Ángeles Castrillo Ortiz</i>	123
13. Comisión de Tutela del Menor. <i>Mª Ángeles García Llorente</i>	131
14. Atención desde la Dirección General de la Mujer. <i>Rosario Casado</i>	135
15. Fiscal de Menores. <i>Félix Pantoja Martín</i>	137
16. Violencia sexual a la infancia. Aspecto jurídico-penales. <i>Emelina Santana Páez</i>	141
17. Actuación policial en el maltrato infantil. <i>Elena Palacios Tejero</i>	153
18. El Defensor del Pueblo ante el abuso y la explotación sexual infantil. <i>Manuel Aznar López</i>	157
19. Prevención. <i>José A. Díaz Huertas</i>	163
20. Investigación del abuso sexual y atención a la infancia. <i>José Manuel Morales González</i>	169
IV. Bibliografía	179
V Direcciones de interés	185

PRESENTACIÓN

Al celebrar el once aniversario de la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas, presentamos los Programas de Atención al abuso sexual y Atención al maltrato infantil.

El Programa de atención al maltrato infantil, desde el ámbito sanitario, inició su singladura coincidiendo con la celebración del Día Universal de la Infancia, en noviembre de 1998 se celebró el primer curso, un año después presentaba el Programa de Detección de riesgo social en la embarazada y dos más tarde, coincidiendo con la significativa fecha del 20 de noviembre, continúa avanzando con dos aspectos relevantes en la atención al maltrato infantil: salud mental y abuso sexual.

El Programa de Atención al maltrato infantil, desde el ámbito sanitario, es ya una realidad. A lo largo de los tres primeros años, de los cinco que inicialmente contempla, se han realizado, entre otras actividades, ocho cursos, se ha presentado en cada una de las 11 Áreas de Atención Primaria del Insalud y hospitales de la red, también en las Áreas de Salud Mental, al tiempo que se han realizado reuniones de seguimiento semestrales en cada Área del Insalud de Madrid, así como el informe de los diez primeros meses del Registro de Casos.

La Atención al abuso sexual infantil se inscribe dentro del Programa de Atención al Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid y significa un paso más en la atención y prevención de los malos tratos en la infancia. Frente al maltrato infantil se propone facilitar un buen trato, contemplando aspectos relativos al abuso sexual infantil.

El Programa de Atención al abuso sexual busca el consenso como un elemento fundamental, aunque esta búsqueda del consenso en ocasiones presenta sus dificultades. De hecho, la elaboración de este documento y su actual redacción ha necesitado dos años de trabajo de un numeroso equipo multidisciplinar formado por médicos (generales, pediatras, ginecólogos, forenses...), enfermeras, matronas, psicólogos, trabajadores sociales, fiscales, jueces, estudiosos y expertos en malos tratos infantiles. Ha supuesto un complejo trabajo llegar a este documento, y para ello se ha tratado y discutido el tema en los ocho cursos celebrados en estos tres últimos años, en reuniones con el Decano de Jueces de Madrid, Jefe de Homicidios y Jefe del Grupo de Menores de la Policía Judicial, Coordinador de Urgencias del Hospital Infantil La Paz. También se ha consultado a Atención Primaria del Insalud, Concejalías del Área de Sanidad y Consumo

y de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, Asociaciones (Española de Pediatría, Víctimas de Agresión Sexual, Madrileña para la Prevención Malos tratos en la Infancia, SaveThe Children), Letrada de la Comunidad de Madrid en la Comisión de Tutela del Menor, Ministerios de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales..., y se ha realizado una revisión bibliográfica.

Nos encontramos ante una iniciativa pionera para desarrollar las líneas generales, el marco de actuación, que desde sectores sanitarios, judiciales-legales-policiales, servicios sociales, de protección a la infancia, asociaciones..., se estiman como los requisitos mínimos para una atención adecuada al niño, según las características concretas de este problema y de forma coordinada.

Somos conscientes que con el Programa de Atención al abuso sexual infantil estamos empezando a abordar un problema y estableciendo líneas de trabajo, de hecho es el primer documento de estas características que se elabora en nuestro país y esperamos que, a lo largo de los próximos años, se demuestre su utilidad.

La Consejería de Servicios Sociales, a través del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, impulsan este Programa con la participación activa y colaboración de la Consejería de Salud, Instituto Nacional de la Salud, Concejalías de Sanidad y Consumo y de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma, que están siendo esenciales para la elaboración y desarrollo de este Programa.

Las propuesta fundamental del conjunto de este Programa es contribuir a la prevención del maltrato infantil, atendiendo a los niños y sus circunstancias familiares según sus necesidades y derechos, contemplando los aspectos psicosociales.

Madrid, 20 de noviembre de 2000

Pilar Martínez López
Consejera de Servicios Sociales

INTRODUCCIÓN

No es fácil hablar de los abusos sexuales con niños y niñas, problema que genera alarma social. Los datos que disponemos de los expedientes de la Comisión de Tutela, del Registro de casos de riesgo y maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid,..., revelan que no es un problema que por su frecuencia deba desbordar al sector sanitario, social y legal, pero en el que se precisa avanzar en el abordaje de los casos.

El Programa de Atención al abuso sexual infantil no es una simple declaración de intenciones si no que representa la voluntad de abordar el tema, estableciendo los objetivos a realizar, los organismos e instituciones que se implican, planificando la formación y los Cursos específicos sobre abuso sexual infantil que se van a celebrar, y editando esta Monografía.

Esta propuesta de trabajo, desde el seguimiento del Programa que realizaremos en los próximos años, se ira adaptando en la medida de las posibilidades, pero siempre considerando que todos tenemos que intervenir desde las responsabilidades y funciones de nuestras instituciones y profesiones y según los efectos, manifestaciones y necesidades del niño.

El primer capítulo del libro que aquí presentamos, describe el Programa de atención al abuso sexual infantil, incluye: Justificación, Marco legal, Descripción del contenido del programa, Objetivos y Actividades que incluye (Formación, Registro de casos, Diagnóstico e intervención, Prevención, Salud Mental), Evaluación y seguimiento, Contenidos de formación y los diferentes componentes del Equipo.

En el segundo capítulo se establece el Protocolo sobre actuación ante abusos sexuales infantil la Comunidad de Madrid, Esquema general de actuación según tipo de abuso y tiempo transcurrido desde el incidente, Proceso de actuación ante el abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario, Planteamiento legal de los abusos sexuales a menores, Mecánica general de actuación en los casos de abusos sexuales de menores: Sistema integrado de intervención sanitaria y jurídico-procesal, y Orientación del abuso sexual infantil desde Atención Primaria y la Urgencia hospitalaria.

El tercer capítulo facilitan de forma esquemática los contenidos teóricos de los temas de Formación del Programa tanto de aspectos clínicos como sociales y legales.

La información acerca de la bibliografía que puede resultar útil para aquellos que quieran profundizar en el estudio del maltrato infantil, se presenta en el capítulo cuarto.

Por último, en el capítulo quinto se enumeran los organismos e instituciones con las direcciones y teléfonos de contacto que pueden ser útiles en casos de abusos sexuales a menores.

Este documento inicial es una propuesta de trabajo y será sometido a una revisión permanente, por lo que en ediciones posteriores se recogerán las modificaciones que vayan produciéndose.

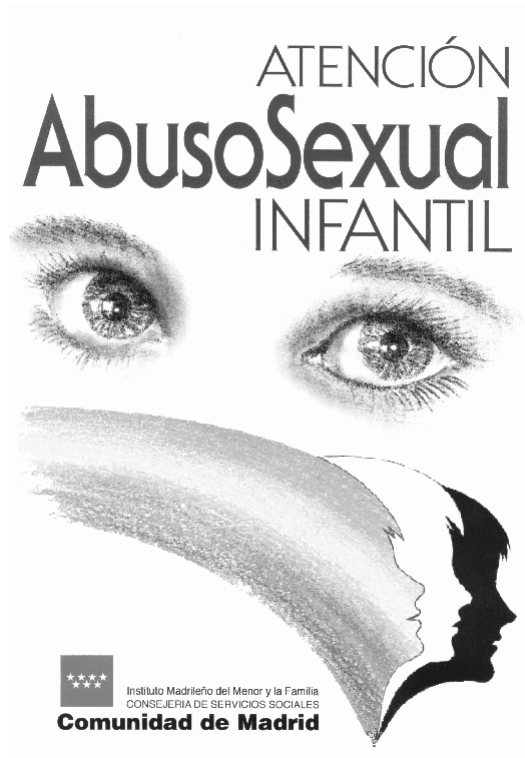
El Instituto Madrileño del Menor y la Familia organiza este Programa que se realizara bajo la dirección de *José A. Díaz Huertas*, médico Coordinador de Asistencia Sanitaria de este Instituto, *Juan Casado Flores*, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil del Niño Jesús, *Miguel Ángel Ruiz Díaz*, Profesor titular del Departamento de Psicología Social y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid,

Joaquín Esteban Gómez, Diplomado en Enfermería del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, y de esta Directora Gerente.

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia continua con las actividades que le corresponden según la Ley de Garantías de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid y la Ley de creación de este Instituto, así como dar respuestas a las demandas de los profesionales e instituciones preocupados por este tema, y avanzar en la atención al niño y en la prevención del maltrato infantil.

Madrid, 20 de noviembre de 2000

Esperanza García García
Directora Gerente
Instituto Madrileño del Menor y la Familia



I. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

ÍNDICE

- Justificación
- Marco legal
 - Niveles internacional, estatal y autonómico:
 - Abusos sexuales
 - Explotación sexual
 - Pornografía infantil
 - Profesionales
- Descripción del contenido del programa
- Objetivos que se pretenden alcanzar
- Actividades
 1. Formación
 2. Registro de casos
 3. Diagnóstico e intervención
 4. Prevención
- Actividades que incluye el Programa y calendario previsto
- Evaluación y seguimiento del Programa
- Contenidos del Programa de formación
- Equipo

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Justificación

El fenómeno del abuso sexual infantil es un problema que lo han padecido los niños desde siempre y en todas las culturas y que durante mucho tiempo y aun hoy es negado. En los países anglosajones, se ha reconocido y abordado desde hace más de diez años. En nuestro país empieza a emerger la toma de conciencia sobre este problema que podemos decir que todavía permanece en gran parte desconocido.

La estigmatización social, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la negación, la ocultación, la duda, la banalización, el catastrofismo, el alarmismo, el “*secreto profesional*”, ... mantienen a las víctimas en una *conspiración de silencio* de la que, en muchos casos, participa el resto de la sociedad y los propios profesionales encargados de la atención al niño que asisten, en silencio, impasibles a este problema.

La sensibilización por parte de profesionales y asociaciones para la prevención del maltrato infantil, la repercusión en los medios de comunicación social ante determinados casos, ..., han provocado que en esta década se le haya comenzado a prestar atención como un problema de graves consecuencias individuales y sociales.

El maltrato sexual a menores es una forma de maltrato infantil con unas características especiales por los efectos en los niños, las características de los agresores y las circunstancias en que se producen.

La propia naturaleza de los hechos y las circunstancias que los rodean hacen que la magnitud de este problema sea desconocida, si bien los pocos datos que conocemos inducen a pensar que es un problema social y de salud de primer orden.

Cualquier niño de cualquier edad y clase social puede ser víctima de abusos sexuales que no siempre se va a tratar de un actos físicamente violentos, ya que el agresor se puede servir de promesas o amenazas para implicar a la víctima.

Los abusos sexuales adquieren formas en las que no existe contacto físico, además de formas como la explotación sexual, el turismo sexual con menores, la pornografía infantil,... Tampoco podemos ignorar la utilización perversa por parte de padres del abuso sexual con alegaciones falsas en casos de separación y divorcio.

También podemos considerar el abuso sexual desde la educación y a la vida familiar por defecto, es decir, considerar como abusivo un ambiente familiar en el que toda forma de sexualidad sea proscrita y rechazada, tanto en los gestos como en los diálogos entre padres e hijos, y por exceso con una educación permisiva y sexualizada.

El abuso sexual provoca problemas psicológicos-emocionales que pueden aparecer inmediatamente después de la agresión, en la adolescencia si se produjeron en la infancia o incluso en la edad adulta si no lo comunico a nadie o no recibió las ayudas necesarias.

Cuando un niño es víctima de abuso sexual lo puede comunicar con palabras, pero también puede expresarlo con cambios en su conducta o actitud, siendo necesario en ambos casos creer al niño, hacerle ver que el único responsable es el agresor y hacerle sentir seguro y protegido frente al agresor y la repetición de los abusos.

Las importantes repercusiones que tiene en el desarrollo psicoemocional del niño y los diferentes problemas psicológicos - psiquiátricos que pueden provocar, así como para su diagnóstico y tratamiento hacen que los servicios de salud mental tengan un papel relevante en la atención al abuso sexual infantil.

Por otra parte esta el agresor que también requiere de atención por los problemas y patologías que han dado lugar a que cometiera el abuso y las implicaciones legales que este acto conlleva.

La falta de coordinación entre los diferentes profesionales implicados en casos de abuso sexual prolonga innecesariamente la investigación social y criminal, dificulta el tratamiento y la rehabilitación psicológica, y hace que la situación, que suele ser confusa para los profesionales, trascienda a la víctima, el niño.

Es necesario facilitar un tratamiento integrado que implique a la víctima, al agresor y a sus respectivas familias en el caso de que el agresor sea también un niño.

El tratamiento y trabajo en equipo entre profesionales de diferentes disciplinas es esencial cuando se trata de abordar el problema del abuso sexual infantil.

La intervención en el abuso sexual infantil también debe incluir ayudar a descubrir los servidores que ofrecen material pornográfico, las redes de prostitución infantil, los operadores del turismo sexual,...

Nos enfrentamos por tanto a un problema complejo, cuyo abordaje requiere de una intervención multidisciplinar e intersectorial y de la cooperación necesaria de todos los profesionales implicados (servicios sociales, salud, salud mental, educación, policía, justicia,...)

La prevención diseñando y desarrollando programas dirigidos no solo a lo niños en riesgo de convertirse en objeto de abusos o explotación sexual, sino también en medidas preventivas como la autoestima del niño y no centrarse solo en el niño sino también en personas del entorno del niño como los padres y profesores.

Marco legal

La legislación referente al abuso sexual es extensa por lo que solo vamos a referirnos a aquellos aspectos más significativos tanto en el ámbito internacional como nacional y de la Comunidad de Madrid del abuso sexual, explotación sexual y pornografía infantil.

Los abusos sexuales están considerados como un delito por el Código Penal (L.O. 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal, L.O. 11/1999 de 30 de abril) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Delitos contra la libertad e indemnidad sexual (Código Penal 1995 y reforma 1999)

Capítulo	Artículos	Concepto	Define / delimita
I	178 a 180	Agresiones sexuales	Atentar contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación Agresión sexual consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras, el responsable será castigado como reo de <i>violación</i>
II	181 a 183	Abusos sexuales	Actos no violentos, pero no consentidos o con consentimiento viciado: menores de 13 años, privados de sentido o trastornadas mentalmente
III	184	Acoso sexual	Solicitud de favores sexuales por quien tiene una posición preeminente respecto de la víctima
IV	185 y 186	Exhibicionismo y provocación sexual	Ejecutar o hacer ejecutar actos de exhibición obscena o por cualquier medio directos, difundir, vender o exhibir material pornográfico a menores de edad o incapaces
V	187 a 190	Prostitución y corrupción de menores	Inducir, promover, favorecer la prostitución de persona menor de edad o incapaces

La LO 11/99 modificó el texto del Código Penal de 1995 y recuperó la palabra *violación*, no limitándolo al significado tradicional referido a coito heterosexual.

La LO 14/99 de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal otorga una mayor protección a las víctimas de malos tratos e introduce un aspecto novedoso de carácter procesal al consentir la utilización de medios audiovisuales para que no se produzca la confrontación visual entre la propia víctima o testigos menores de edad y establece que la práctica de careos cuando los testigos sean menores de edad pasa a tener carácter excepcional (arts. 707 y 713 de la LECr).

ABUSOS SEXUALES

El marco de obligada referencia es la *Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas* de 1989, ratificada por España en 1990, que establece en los artículos:

19. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el *abuso sexual*, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
34. Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de *explotación y abusos sexuales*. Con este fin, los Estados Partes tomarán en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:
 - a. La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad ilegal
39. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física, psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

La *Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid*, Ley 6/1995 de 28 de marzo, en el Capítulo III referente a la atención sanitaria establece en el artículo:

44. Los menores que sufran malos tratos físicos o psíquicos, en el seno de su familia, institución o entorno, recibirán protección especial de carácter sanitario, asistencial y cautelares urgente según requiera cada caso específico, corresponsabilizándose para ello las Administraciones públicas de la Comunidad de Madrid implicadas.

Asimismo en el artículo 43 referente a la atención sanitaria en el punto 2 especifica que la rehabilitación y mejora de la salud comprenderá todos los aspectos físicos, psíquicos y sensoriales.

EXPLOTACIÓN COMERCIAL

La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas se refiere a la explotación y abusos sexuales en el ya referido artículo 34 en su apartado b se refiere a:

b. *La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;*

El Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños celebrado en Estocolmo (Suecia) del 27 al 31 de agosto de 1996 en el que participaron representantes de 119 países y ONGs como UNICEF y ECPAT (End Child Prostitution in Asian Tourism), realizaron una Declaración y un Plan de Acción contra la explotación sexual comercial de los niños que en el apartado de la prevención acordaba:

- d) En el caso del turismo sexual, desarrollar o reforzar y aplicar medidas legales para considerar como delito los actos cometidos por los nacionales de los países de origen contra los niños de los países de destino (Leyes penales extraterritoriales).
- k) Promover la extradición y otros convenios legales para garantizar que una persona que explote a un niño con fines sexuales en otro país (país de destino) sea procesada bien en su país de origen o bien en el país de destino; reforzar las medidas legales y su aplicación comprendida la confiscación y embargo de todos los activos y benéficos y otras sanciones, contra quienes han cometido delitos sexuales contra los niños en países de destino y compartir los datos significativos.

La Resolución del Parlamento Europeo A 4-0393/96, sobre medidas de protección de menores en la Unión Europea, de 12 de diciembre de 1996 establecía:

- 9. Pide al Consejo y a la Comisión que continúen de manera prioritaria la lucha contra el denominado turismo sexual con carácter pederasta, la pornografía infantil y la utilización de redes con fines pederastas.
- 10. Considera que los Estados Miembros deben dotarse de legislación que permita perseguir ante sus tribunales a sus nacionales autores de abusos sexuales cometidos contra niños en el extranjero

PORNOGRAFÍA

La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas establece la protección al niño frente a la pornografía en el artículo 34 apartado c:

c. *La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.*

El Parlamento Europeo en la Resolución A 3-314/91, sobre los problemas de los niños en la Comunidad Europea, de 31 de diciembre de 1991:

- 18. Pide que se prohíba el recurso a niños en la elaboración de videos de carácter pornográfico o violento.

Asimismo Parlamento Europeo en la Resolución A 3-0172/92, sobre una Carta Europea del Derechos del Niño, de 8 de julio de 1992 establece en su punto

- 8.41 Todo niño deberá ser protegido contra toda forma de esclavitud, de violencia o explotación sexuales. Se adoptarán las medidas oportunas para impedir que, ningún niño sea, en el territorio de la Comunidad, secuestrado, vendido o explotado con fines de prostitución o de producciones pornográficas o que desde la Comunidad se prepare o apoye la explotación sexual de niños fuera de su territorio.

La Resolución del Parlamento Europeo A 4-0393/96, sobre medidas de protección de menores en la Unión Europea, de 12 de diciembre de 1996 en sus puntos:

- 11. Condena la pornografía infantil ya sea el resultado de la filmación de escenas reales o de escenas técnicamente simuladas.
- 12. Pide a los Estados Miembros que incluyan en su legislación disposiciones destinadas a condenar la producción y posesión de material pornográfico en el que se utilice a niños.

PROFESIONALES

Ley de Enjuiciamiento Criminal establece en sus artículos:

- 259. El que presenciare cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez o fiscal del lugar más próximo.
- 262. Los que por razón de sus cargos profesionales u oficios tengan noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Juez, fiscal o policía más próximos al lugar en que se encuentre, si se trata de un delito flagrante.
- 264. El que por cualquier medio tuviere conocimiento de la perpetración de un delito de los que deben perseguirse de oficio deberá denunciarlo al Fiscal, Juez, o Policía más próximos sin que se entienda obligado por esto a probar los hechos denunciados ni a formalizar querrela.
- 355. Si el hecho criminal que motivará la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieron al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez Instructor

La Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor y de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia que en su artículo 13 trata sobre la obligación de la notificación y de mantener la confidencialidad:

1. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor lo comunicaran a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

3. Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor.

y el artículo 17:

En situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de la tutela por ministerio de la Ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que inciden en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores de proyección del menor y su familia.

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, Ley 6/1995 de 28 de marzo en su artículo 45:

Los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario de los mismos, están especialmente obligados a poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones.

Los profesionales están también obligados a intervenir en los casos de maltrato infantil a través de los correspondientes códigos deontológicos aprobados por sus correspondientes colegios profesionales.

El Código de Deontología y Ética Médica en su artículo 30.2 establece:

El médico que conociere en cualquier persona y más aun si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente.

Así mismo el Código Deontológico de la Enfermería Española en su artículo 39 establece que:

La enfermera denunciara y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Descripción del contenido del programa

El Programa de *Atención al abuso sexual infantil* se desarrolla dentro del Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid y abarca específicamente la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, atención, prevención del abuso sexual, y en su conjunto supone implicar tanto a los profesionales del ámbito de la salud, sanitarios y no sanitarios, como a instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención a la infancia en la detección, intervención y prevención de abuso sexual (maltrato infantil).

El método utilizado consistirá en:

- Elaboración del Programa de Atención al abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario dentro del Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid.
- Implicación de la red sanitaria a través de su participación activa.
- Campaña de información a través de los documentos específicamente elaborados para los profesionales sanitarios
- Formación de los profesionales sanitarios que se realizara mediante cursos teórico-prácticos, creación de grupos de trabajo e implicación de la red de atención a la infancia, y seguimiento de los casos detectados.
- Establecer un sistema de registro y vigilancia epidemiológica.
- Atención a los casos de abuso sexual según las necesidades del niño y las características propias de este problema.
- Desarrollo de actuaciones preventivas del abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario.
- Participación e integración del dispositivo de Salud Mental en el programa

Objetivos que se pretenden alcanzar

Los objetivos que se pretenden alcanzar con el Programa son los siguientes:

1. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en el problema del abuso sexual infantil.
2. Conocer las características epidemiológicas del abuso sexual infantil que puedan ser detectados desde el ámbito sanitario y su morbi-mortalidad.
3. Disponer de datos fiables que permitan elaborar de programas destinados a la promoción de los derechos y el bienestar de la infancia, y la prevención, detección y tratamiento de los casos de abusos sexuales.
4. Crear una red de informantes que a partir de este programa puedan continuar desarrollando esta labor de sensibilización y vigilancia epidemiológica.
5. Mejorar la atención sanitaria a los niños con presunto / abuso sexual considerando las particularidades de este problema, identificando y atendiendo los casos desde la situación de niños / familias en riesgo
6. Prevenir el abuso sexual infantil, tanto de la aparición de casos como a través de la detección precoz e intervenciones sobre las secuelas y posibles repeticiones.
7. Incrementar la participación activa en los programas de detección desde otros ámbitos (escuelas, servicios sociales, etc.).
8. Implicar al dispositivo de Salud Mental en la atención al abuso sexual infantil y la coordinación con otros servicios.

Actividades

El *Programa de atención al abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario* se desarrollará en las áreas de actuación: formación, registro de casos, diagnóstico, intervención y prevención

1. Formación

Se contempla la realización de cursos específicos sobre abuso sexual infantil que tendrán como objetivo inmediato aumentar los conocimientos acerca de aspectos médicos, psicológicos, legales y sociales en la detección, atención y prevención de los abusos sexuales.

Así como el Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid contempla el tema del abuso sexual infantil en los cursos que se están realizando desde 1998 al 2000 para atención primaria y hospitalaria, salud mental y seguimiento de la embarazada y en los que se realizarán en cada una de las 11 Áreas sanitarias los años 2001 y 2002.

Metodología

- Clases teórico-prácticas. Cada tema se desarrollará 1ª con una exposición teórica y 2º con aspectos prácticos
- Elaboración de un Manual donde se recojan los aspectos a considerar sobre el abuso sexual infantil en la Comunidad de Madrid y los procedimientos que se puedan realizar en cada caso.

2. Registro de casos

El Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario puso en marcha el 1 de enero de 1999 el registro de Notificación de riesgo social y maltrato infantil, que contempla el abuso sexual

Objetivo

El registro de casos de maltrato o sospecha de maltrato se realiza a través de una hoja de registro que debe ser cumplimentada por el profesional de los servicios de salud: atención primaria, hospital, salud mental, servicios municipales de salud, etc.

La hoja de registro se ha desarrollado como un instrumento de recogida de información para la detección de casos. No se trata de un instrumento diagnóstico, sino que es una herramienta que permita la comunicación de casos de maltrato (*abuso sexual*), con certeza o sospecha; de una forma cómoda, detallada y estandarizada para todos los centros. La hoja de registro pretende recoger los principales indicadores de maltrato, sea este de tipo físico, emocional, sexual o por negligencia del cuidador o familiar. Con ello se pretende recordar los indicadores más evidentes y permitir el registro rápido y fiable de los mismo.

La incorporación de los casos comunicados al sistema de registro permitirá una estimación de la incidencia del maltrato (abuso sexual) y el estudio de los perfiles y tipologías predominantes.

Metodología

Tras una revisión de la literatura existente sobre el tema se seleccionaron los indicadores de maltrato de más fácil detección por un profesional de salud. Un comité de expertos seleccionó, redactó y consensuó los indicadores más relevantes. Aquellos indicadores cuya redacción pudiera no ser inequívoca han sido acompañados de una leyenda explicativa.

La versión inicial del cuestionario fue sometida un grupo de 85 jueces expertos que evaluó la pertinencia de los ítems, su redacción y su sistema de registro y valoración. Dichas aportaciones fueron incorporadas a la versión final del instrumento.

El Registro comenzó el 1 de enero de 1999.

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO FÍSICO

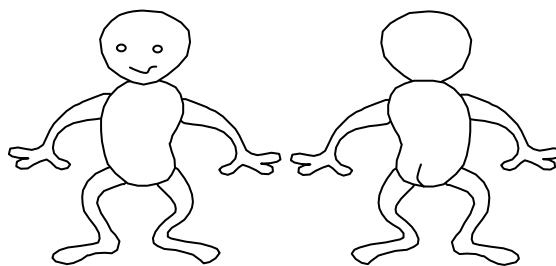
L = Leve M = Moderado G = Grave

Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha	<input type="radio"/>
Maltrato	<input type="radio"/>

MALTRATO FÍSICO

<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Magulladuras o moratones ¹
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Quemaduras ²
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Fracturas óseas ³
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Heridas ⁴
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Lesiones viscerales ⁵
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Mordeduras humanas ⁶
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Intoxicación forzada ⁷
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Síndrome del niño zarandeado ⁸



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Escasa higiene ⁹
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Falta de supervisión ¹⁰
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Cansancio o apatía permanente
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	No va a la escuela
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Ha sido abandonado

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Maltrato emocional ¹³
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Intento de suicidio
<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

ABUSO SEXUAL

<input checked="" type="radio"/> Sí	Sin contacto físico
<input type="radio"/> No	Con contacto físico y sin penetración
<input type="radio"/> No	Con contacto físico y con penetración
<input type="radio"/> Sí	Dificultad para andar y sentarse
<input type="radio"/> Sí	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
<input type="radio"/> Sí	Dolor o picor en la zonal genital
<input type="radio"/> Sí	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
<input type="radio"/> Sí	Cerviz o vulva hinchados o rojos
<input type="radio"/> Sí	Explotación sexual
<input type="radio"/> Sí	Semen en la boca, genitales o ropa
<input type="radio"/> Sí	Enfermedad venérea ¹⁶
<input type="radio"/> Sí	Apertura anal patológica ¹⁷
Configuración del himen ¹⁸ <input type="text"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input checked="" type="radio"/> Sí
Apellidos <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/>	Otro(especificar) <input type="text"/>	
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>
Centro:		Área Insalud <input type="text"/>
Servicio / Consulta:		
Profesional	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo	Nº Colegiado <input type="text"/>

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.

² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).

³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.

⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.

⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.

⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos

⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.

⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).

¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.

¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado - plafiocefalia.

¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que "piden", vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.

¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.

¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.

¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).

¹⁶ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.

¹⁷ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (>15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.

¹⁸

La información aquí contenida es *confidencial*. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

Los datos que se recogen se tratan informáticamente, con las garantías que establece la ley 13/1995, de protección de datos de la Comunidad de Madrid.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

Importante: se recuerda que en el ejemplar para remitir al Trabajador Social se deberá incluir todos los elementos identificativos del niño y del notificador que permitan la atención al caso.

Material y métodos

La hoja de registro consiste en un cuestionario a doble cara en papel autocopiativo para tres ejemplares. Consta de cinco partes. Tres en la parte delantera y una en la parte trasera de la hoja (ver fig. 1 y apéndice). En la parte delantera se encuentran:

1. Un listado cerrado de síntomas de los que se puede seleccionar su presencia en el niño, su gravedad y si se trata de sospecha o de confirmación de maltrato.
 2. Un dibujo anatómico que permite señalar aproximadamente las zonas en las que se detectan ciertos síntomas físicos.
 3. Un recuadro para poder escribir otros síntomas o comentarios no recogidos en el cuestionario cerrado. Esta pregunta es abierta.
 4. Un recuadro de identificación en el que se recogen los datos de identificación del niño y del notificador.
- En la parte trasera se encuentra:
5. Un conjunto de leyendas explicativas para aquellos indicadores o síntomas que no sean evidentes por su redacción. Esta parte consta como referencia para el profesional de salud, asumiendo que su consulta será innecesaria a medida que el profesional se familiarice con el instrumento.

El diagrama muestra una hoja de notificación dividida en secciones:

- Indicadores:** Sección superior izquierda con listas de síntomas como "Maltrato físico", "Maltrato emocional", "Abuso sexual", "Negligencia", etc., con opciones de selección.
- Identificación:** Sección inferior izquierda con campos para nombre, edad, sexo, dirección, etc.
- Dibujo:** Sección superior derecha con un dibujo de un niño y un recuadro para describir lesiones físicas.
- Leyendas explicativas:** Sección inferior derecha con texto detallado que explica los términos utilizados en los indicadores.

Se pretende que la hoja de registro sea autocontenida sin que necesite la referencia de materiales externos adicionales. Sin embargo, el cuadernillo de hojas va acompañado de un manual explicativo.

De las tres copias:

- una se adjunta a la historia clínica para el seguimiento del caso,
- otra se entrega a los servicios sociales del centro para la evaluación e intervención, y
- La tercera se remite al servicio de tratamiento de datos para el registro acumulativo de casos.

Población de referencia

La población de referencia son todos los niños enfermos o sanos que sean atendidos en centros sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid. Considerando que la población infantil en edades y situaciones de riesgo de ser maltratada acude a estas consultas con gran periodicidad, a través del programa del niño sano y de consultas de urgencias, la cobertura alcanzada debería ser elevada.

Observaciones

La utilización de la hoja de registro no implica que dejen de utilizarse otros cauces de comunicación como pueda ser el judicial.

Metodología

La declaración sistemática mediante una hoja en papel autocopiativo que recogerá los datos comenzó el 1 de enero de 1999 y se realizarán informes semestrales.

La recogida de datos se hará mediante correo a franquear en destino.

Formato de franqueo postal:

- RESPOSTA COMERCIAL B.O.C. nº 85 de 6.10.1998 Autorización nº 16.813
- INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA Apdo. nº 453 F.D. 28080 MADRID
- NO NECESITA SELLO A franquear en destino

3. Diagnóstico e intervención

El abuso sexual, maltrato infantil, debe incluirse de forma sistemática como la etiología de determinados procesos patológicos que afectan al niño / adolescente siendo el diagnóstico diferencial o el juicio diagnóstico en procesos y síndromes compatibles.

3.a Derivación de casos

El *Protocolo de actuación ante abusos sexuales infantiles* establece las líneas generales de la intervención en casos de abusos sexuales a menores, los criterios diagnósticos y protocolos de actuación desde el ámbito sanitario y de coordinación con los servicios sociales, de protección a la infancia y judiciales – policiales.

3.b Terapias

El tratamiento de los casos de abusos sexuales incluye los aspectos médicos, psicológicos y sociales, por lo que, se ofrecerá un tratamiento multidisciplinar para proporcionar atención especializada a los niños abusados.

3.c Protección del niño

Se facilitará protección al niño víctima de abusos sexuales según contempla el sistema de protección a la infancia, que puede incluir la separación del niño de su familia para evitar la posible repetición de los abusos o de otras formas de maltrato infantil.

Metodología

Los profesionales que participen en las actividades de formación se incorporarán al Programas en sus respectivos centros de trabajo por sus conocimientos sobre el tema.

Además el Programa ha establecido y en los diferentes centros de hospitalarios, Áreas de Atención Primaria del Insalud, Áreas de Salud Mental, .., la figura del *referente*.

Referentes

El Programa establece la figura del *referente* en los distintos dispositivos de atención a la salud del niño (atención primaria, hospitalaria, salud mental, centros municipales de salud del Ayuntamiento de Madrid, Residencias de Menores del IMMF,..) y específicamente del abuso sexual en los centros hospitalarios siendo los profesionales que:

- Actuarán como responsables del Programa en sus respectivos centros hospitalarios
- Participarán en las reuniones semestrales de seguimiento del Programa
- Formarán parte de los Consejos de Infancia y Adolescencia.

4. Prevención

El *Programa de Atención al maltrato infantil*, buscando la mayor eficacia en la prevención de los malos tratos en la infancia desde el ámbito sanitario orienta los mayores esfuerzos en aquellos momentos especialmente favorables como son el periodo de gestación; el nacimiento y su atención en maternidad y neonatología; y en los primeros años de vida que requieren un mayor seguimiento del desarrollo y de la salud del niño.

La prevención del abuso sexual se realiza de forma inespecífica a través de las actividades anteriores y de forma específica mediante la formación – información y la prevención de situaciones de riesgo.

La prevención es la parte más importante de la intervención.

5. Internet

La necesidad de conocer por la población general y por los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la infancia y la familia hace necesaria la utilización de las nuevas redes de información y comunicación facilitando su aproximación a este tema. Por ello, el Programa cuenta con una página Web en:

<http://www.comadrid.es/cmadrid/immf/progmalt/index.htm>

y la utilización del correo electrónico:

maltratoinfantil@comadrid.es

Metodología

A través del servidor de la Comunidad de Madrid ha creado un espacio dedicado a este Programa dentro de la página del IMMF que se actualizará en la medida que se desarrollen las distintas actividades del Programa y servirá de medio de interrelación a través del correo electrónico.

Actividades que incluye el Programa y calendario previsto

- Diseño del programa.
- Formación equipo
- Búsqueda bibliográfica
- Contactos asociaciones, Universidades, Colegios profesionales, etc.
- Elaboración trípticos / materiales para profesionales
- Elaboración hojas de registro
- Elaboración mailing distribución
- Sistema informático estadístico
- Edición imprenta
- Presentación
- Distribución
- Cursos de formación
- Distribución información
- Recogida de datos. Período de estudio
- Análisis de datos
- Elaboración informe - resultados
- Distribución informe

Cronograma

1999	Febrero – marzo Abril Mayo Junio - diciembre	Diseño - presentación Formación Equipo Elaboración protocolos. Revisión protocolos: Asesores científicos, referentes, jueces, fiscales, policía, asociaciones,...
2000	Enero – septiembre	Protocolo definitivo aprobación: Asesores científicos, referentes, jueces, fiscales, policía, asociaciones, ... Diseño, maquetación e impresión
2001	febrero marzo mayo – junio noviembre-diciembre	Presentación Oficial del Programa Curso sobre abuso sexual infantil Reunión semestral seguimiento / evaluación del Programa Reunión semestral seguimiento / evaluación del Programa
2002	marzo mayo – junio noviembre - diciembre	Curso sobre abuso sexual infantil Reunión semestral seguimiento / evaluación del Programa Reunión semestral seguimiento / evaluación del Programa
2003	marzo mayo – junio noviembre - diciembre	Curso sobre abuso sexual infantil Reunión semestral seguimiento / evaluación del Programa Reunión semestral seguimiento / evaluación del Programa

Evaluación y seguimiento del Programa

La relación de objetivos concretos e indicadores de impacto para su medición son los siguientes:

OBJETIVO	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO
1. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en el problema del abuso sexual infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de cursos impartidos, asistentes • Participación en los Consejos de Atención a la Infancia • Elaborar, editar y distribuir los materiales elaborados 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar grupos de profesionales sanitarios con formación en abuso sexual infantil implicados en la Zona y en los Consejos de Atención a la Infancia en cada Área del Insalud • Incrementar la sensibilización y formación de los profesionales que atienden al niño y su salud
2. Conocer las características epidemiológicas del abuso sexual infantil que puedan ser detectados desde el ámbito sanitario y su morbi-mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de datos y análisis estadístico 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la frecuencia y factores asociados al abuso sexual infantil • Conocer la situación de la infancia en situación de riesgo social / maltrato /desamparo
3. Disponer de datos fiables que permitan elaborar de programas destinados a la promoción de los derechos y el bienestar de la infancia, y la prevención, detección y tratamiento de los casos de abusos sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del informe y propuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un informe y proponer acciones para la mejora en la atención a la infancia • Publicación del informe
4. Crear una red de informantes que a partir de este programa puedan continuar desarrollando esta labor de sensibilización y vigilancia epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº centros que participan en el programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica • Crear una red de vigilancia epidemiológica.
5. Mejorar la atención sanitaria a los niños con presunto / abuso sexual considerando las particularidades de este problema, identificando y atendiendo los casos desde la situación de niños / familias en riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de niños atendidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar casos a recursos especializados • Realización de terapias • Mejorar la asistencia en los casos detectados
6. Prevenir el abuso sexual infantil, tanto de la aparición de casos como a través de la detección precoz e intervenciones sobre las secuelas y posibles repeticiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la hoja de Registro de riesgo social y maltrato infantil • Nº de centros de salud / hospitales/ maternidades participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar e intervenir precozmente en los casos de abusos sexuales a menores • Implicar a la red sanitaria en la atención al abuso sexual infantil • Desarrollar la prevención del abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario
7. Incrementar la participación activa en los programas de detección desde otros ámbitos (escuelas, servicios sociales, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en los en los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicar al ámbito sanitarios en la red de atención a la infancia. • Incrementar la colaboración / coordinación con otros ámbitos: escuela y servicios sociales especialmente
8. Implicar al dispositivo de Salud Mental el la atención al abuso sexual infantil y la coordinación con otros servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación de casos a Salud Mental • Participación activa en las actividades del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Atender las necesidades de salud Mental del niño abusado sexualmente

Contenidos del Programa de formación

Tema	Profesor
01. Abuso sexual: historia, concepto, epidemiología	José A. Díaz Huertas
02. Maltrato físico y abuso sexual	Juan Casado Flores
03. Etiología del abuso sexual	Joaquín Esteban Gómez
04. Desarrollo puberal y psicosexual del niño	Carmen Martínez González
05. Efectos psicológicos del abuso sexual	Blanca Vázquez Mezquita
06. Sospecha de enfermedades de transmisión sexual y maltrato	Juan Ballesteros Martín
07. Protocolo de recogida de muestras médicas	Bárbara Rubio Gribble
08. Diagnostico del abuso sexual: aspectos clínicos	José María Arribas Blanco
09. Evaluación psicológica del abuso sexual	Soledad Galiana, Helena de Mariana
10. Tratamiento médico del abuso sexual en la infancia	Jesús García Pérez
11. Intervención psicológica con menores víctimas de abuso sexual	Soledad Galiana, Helena Mariana
12. Atención a menores en situación de abuso desde los Servicios Sociales	M ^a . Ángeles Castrillo Ortiz
13. Comisión de Tutela del Menor	M ^a Ángeles García Llorente
14. Atención desde la Dirección General de la Mujer	Rosario Casado Martín
15. Fiscal de Menores	Félix Pantoja Martín
16. Violencia sexual a la infancia: Aspectos jurídicos-penales	Emelina Santana Páez
17. Actuación policial en el maltrato infantil	Elena Palacios Tejero
18. El Defensor del Pueblo ante el abuso y la explotación sexual infantil.	Manuel Aznar López
19. Atención Primaria y Hospitalaria	M ^a Jesús Ceñal González-Fierro
20. Prevención	José A. Díaz Huertas
21. Investigación en abuso sexual	José Manuel Morales González
22. Programa Comunidad de Madrid	José A. Díaz Huertas

EQUIPO

DIRECCIÓN

José A. Díaz Huertas

Médico. Coordinador Asistencia sanitaria. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

DIRECCIÓN ADJUNTA

Juan Casado Flores

Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Niño Jesús

Esperanza García García

Directora Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

ASESOR METODOLÓGICO

Miguel Ángel Ruiz Díaz

Departamento de Psicología Social y Metodología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma Madrid.

COORDINADOR TÉCNICO

Joaquín Esteban Gómez

DU Enfermería. RR Concepción Arenal y Altamira. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

COMITÉ TÉCNICO

• Ministerios

José Luis Sánchez Suárez

Asesor de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. Insalud Madrid

Rafael Peñalver Castellano

Vocal Asesor de la Subsecretaría. Ministerio de Sanidad y Consumo

Carmen Puyo Marín

Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Andrés Bédate

M^a Josefa Conejero

Médicos Forenses. Instituto Anatómico Forense. Ministerio de Justicia

Regina Meco

EMUME. Madrid

Elena Palacio Tejero

Jefe del Grupo de Menores de la Policía Judicial GRUME. Madrid Ministerio del Interior

• Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales

Mercedes Zahonero Coba

Médico. Centro de Acogida de Hortaleza

Ángel Lozano Cortés

Pediatra. Casa de los Niños

Carmen Cabañas Poveda

Letrada. Comisión de Tutela del Menor

- **Dirección General de la Mujer. Consejería de Servicios Sociales**

Rosario Casado Martín

Servicio de Atención Social. Dirección General de la Mujer. Consejería de Servicios Sociales

- **Consejería de Sanidad**

Manuela Arranz Leirado

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública

M^a Jesús del Yerro Álvarez

Servicio Regional de Salud. Servicio de Salud Mental

- **Consejería de Educación**

Blanca Varona Sánchez

Equipo de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia. Dirección General de Educación

- **Ayuntamiento de Madrid**

M^a Teresa Benítez Robredo

Pediatra. Responsable del Programa del Niño de Riesgo. Concejalía de Sanidad y Consumo

Carmen Martínez Segovia

Abogada. Jefe Departamento de Prevención de Infancia. Concejalía de Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid

Rosa Suárez Bustamante

D.U.E. SAMUR. Concejalía del Área de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Madrid.

- **Tribunal Superior de Justicia de Madrid**

Félix Pantoja Martín

Fiscal. Coordinador de la Sección de Menores

- **Profesorado** (Asesores Científicos del Programa)

José María Arribas Blanco

Médico. Equipo de Atención Primaria Majadahonda. Insalud.

Manuel Aznar López

Asesor. Área de bienestar social, trabajo y atención al menor. Oficina del Defensor del Pueblo

Juan Ballesteros Martín

Médico. Centro de Salud Sandoval. Consejería de Sanidad.

M^a. Ángeles Castrillo Ortiz

Concejalía de Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid

M^a Jesús Ceñal González-Fierro

Pediatra. Hospital de Mostoles

Soledad Galiana Carmona

Psicóloga. Asociación de Mujeres Víctimas de Agresión Sexual

Jesús García Pérez

Jefe Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Niño Jesús

M^a Ángeles García Lorente

Abogada. Secretaria Comisión de Tutela del Menor. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Helena de Marianas Ribary

Psicóloga. Asociación de Mujeres Víctimas de Agresión Sexual

Carmen Martínez González

Pediatra. E.A.P. San Blas. Parla. INSALUD

Elena Palacios Tejero

Jefe del Grupo de Menores de la Policía Judicial. Ministerio del Interior

Félix Pantoja Martín

Fiscal. Coordinador de la Sección de Menores. Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Bárbara Rubio Gribble

Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe

Emelina Santana Páez

Magistrado Juez Primera Instancia. Ministerio de Justicia. Madrid

Blanca Vázquez Mezquita

Clínica Médico Forense. Ministerio de Justicia

• **Asociaciones**

Tina Alarcón

Presidenta. Asociación Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales

Jesús García Pérez

Presidente . Asociación Madrileña Prevención Malos Tratos Infancia

Carlos Marina

Presidente. Asociación Española de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha

Purificación Llaquet Baldedeu

Plataforma de Asociaciones de Infancia - Save the Children

• **Referentes Atención Primaria INSALUD**

Área	Referente	Profesión	Centro de trabajo
1	<i>Marisa Benito</i>	D.U. Enfermería	C.S. Federica Montseny
2	<i>Pedro Taboso Elízondo</i>	Pediatra	E.A.P. Tamames. Coslada
3	<i>Esperanza Escortell Mayor</i>	Técnico Salud Pública	Dirección Gerencia. Alcalá de Henares
4	<i>Wences Molina Ruiz</i>	Psicóloga	C.S. Doctor Cirajas
5	<i>Fernando Cortés Duran</i>	Pediatra	C.S. Marqués de Valdavia. Alcobendas
6	<i>Mª José Garrastazu Cabrera</i>	Trabajadora Social.	C.S. San Lorenzo de El Escorial
7	<i>Luis Martín Alvarez</i>	Pediatra	C.S. Extremadura
8	<i>Paloma Hernando Helguero</i>	Pediatra	Directora Médico. Gerencia Área
9	<i>Mª José Llorens Balduciel</i>	Médico Puericultor	C.S. Marie Curie. Leganes
10	<i>Carmen Martínez González</i>	Pediatra	E.A.P. San Blas. Parla
11	<i>Concepción Carrera Manchado</i>	D.U. Enfermería	Dirección de Enfermería

• **Hospitales**

Área	Hospital	Referente	
		<i>Abuso sexual</i>	<i>Maltrato infantil</i>
1	Gregorio Marañón	Ignacio Arana Amurrio Adjunto. Servicio de Pediatría	Elena de Tomas Adjunto. Servicio de Pediatría
2	Niño Jesús	Jesús García Pérez Unidad de Pediatría Social	Jesús García Pérez <i>Unidad de Pediatría Social</i> Juan Carlos Molina Cabañero Adjunto. Servicio de Urgencias
	Santa Cristina	Rosario Sánchez Herrero. Unidad de Trabajo Social	
3	Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares	Mª Jesús Ripalda Adjunto. Servicio de Pediatría	<i>Ricardo Martino Alba</i> Adjunto. Servicio de Pediatría
4	Ramón y Cajal	<i>Carlos Lozano Jiménez.</i> Adjunto. Servicio de Pediatría	
5	La Paz	<i>Santos García García</i> Coordinador Urgencias Pediatría	<i>Luis Albajara</i> Jefe Servicio de Atención al Paciente
6	Clínico San Carlos	Valverde. Servicio de Pediatría	
	Hospital El Escorial	<i>Pilar Robles Cascallar.</i> Servicio de Pediatría	
7	Fundación Jiménez Díaz	<i>Mercedes Ruiz Moreno.</i> Jefe de Servicio de Pediatría	
8	Mostoles	Mª Jesús Ceñal. Pediatría. Jefe de Sección	
	Fundación Alcorcón	Bartolomé Bonet. Jefe Departamento Pediatría	
9	Severo Ochoa. Leganes	<i>Verónica Nebreda</i> Adjunto. Servicio de Pediatría	<i>Ángel Arregui</i> Jefe Departamento Pediatría
10	Universitario de Getafe	Bárbara Rubio Adjunto. Servicio Pediatría	<i>Pilar Gutiérrez Díaz</i> Adjunto. Servicio de Pediatría
11	12 de Octubre	José Manuel Moreno. Adjunto. Servicio de Pediatría	
	San Rafael	Alfonso Cañete. Jefe Servicio de Pediatría	
	La Moncloa	<i>Nieves Mata Castro.</i> Subdirectora Médico	

• **Referentes salud mental**

Área	Referente	Profesión	Centro de trabajo
1	<i>Encarnación Mollejo Aparicio</i>	Psiquiatra	SS.S.M de Arganda
2	<i>Julián Alaman Martín</i>	Psiquiatra.	SS.S.M Salamanca
3	<i>Petra Sánchez Mascaraque</i>	Psiquiatra	SS.S.M de Torrejón de Ardoz
4	<i>Lucía Alvarez Buylla</i>	Psiquiatra.	SS.S.M de Ciudad Lineal
5	<i>Raúl García Pérez</i>	Psiquiatra.	SS.S.M de Alcobendas
6	<i>Raquel García</i>	Trabajadora Social	SS.S.M. DE Collado Villalba
7	<i>Isabel Ruiz Ramos</i>	Trabajadora Social	Unidad Infanto-juvenil del H. Clínico
8	<i>Paloma Ortiz Soto</i>	Psiquiatra	SS.S.M. de Móstoles
9	<i>Esther Sánchez Móiso</i>	Psiquiatra.	SS.S.M de Leganes
10	<i>Consuelo Escudero Alvaro</i>	<i>Psicóloga.</i>	<i>SS.S.M de Getafe</i>
11	<i>Ana López Fuentetaja</i>	<i>Psicóloga.</i>	<i>SS.S.M de Villaverde</i>

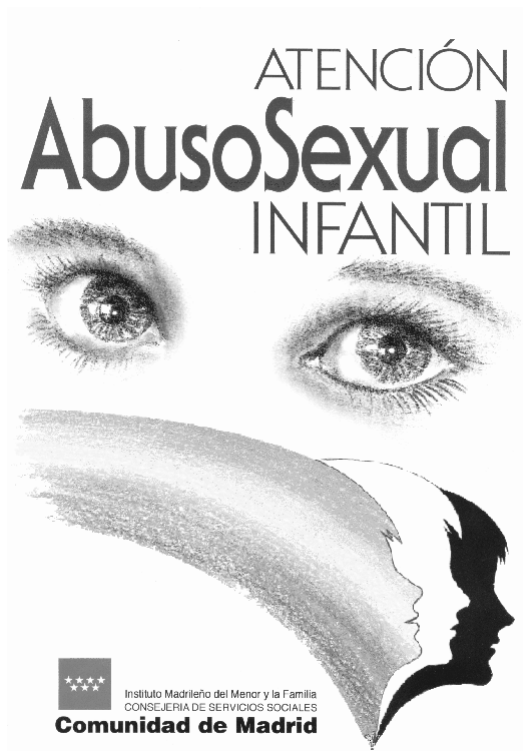
• **Programa niño de riesgo. Centros municipales salud. Ayuntamiento de Madrid**

Área	Distrito Municipal	Centro Municipal de Salud	Médico
1	Retiro	Retiro	Irene Azcona Oliver
	Puente de Vallecas Villa de Vallecas	Vallecas	Carmen Barcenas Gutiérrez
	Vicalvaro Moratalaz	Vicalvaro	Isabel Junco Torres
2	Salamanca	Retiro	Irene Azcona Oliver
	Chamartin	Tetuan	Pilar Llerena Acutegui
		Chamberi	Concepción Bruguera Moreno
4	Ciudad Lineal	Ciudad Lineal	Paloma Ruciente Rufo
	Hortaleza	Hortaleza	Rafael Somolinos Gómez
	Barajas		
	San Blas	Vicalvaro Ciudad Lineal	Isabel Junco Torres Paloma Mucientes Rufo
5	Tetuan	Tetuan	Pilar Llerena Achutegui
	Fuencarral	Fuencarral	Marta Antón Gonzalo
6	Moncloa	Centro	M ^a Teresa Pérez Alvarez
Centro			
7	Chamberi	Chamberi	Concepción Bruguera Moreno
	Latina	Latina	Cristina Mucientes Rufo
11	Arganzuela	Arganzuela	M ^a Luisa Barrio Pérez
	Carabanchel	Carabanchel	Inés Galán Sierra
	Usera	Usera	José Ignacio Puig de la Bellacasa
	Villaverde		

Responsable del Programa del Niño de Riego. Teresa Benítez Robredo

Equipos de salud de las residencias de atención a la infancia y adolescencia. IMMF.

Área		Profesión	Residencia
1	Olga García Fernández	DUE	Isabel de Castilla
2	Olivia Peña Esclarmonda Elisa Fernández del Cerro	Médico DUE	Rosa y Encinar (Area 4) Rosa
4	Mercedes Zahonero Coba Enrique Sánchez Zamora Julia Contreras Narro	Médico DUE DUE	Hortaleza
	Esther Abad Irazusta Belén Moneo Calvo	Médico DUE	Isabel Clara Eugenia y Manzanares Isabel Clara Eugenia
	M ^a Dolores Martín Martínez	DUE	Manzanares
	Rosa Molina Jiménez	DUE	Encinar
	José A. Díaz Huertas Joaquín Esteban Gómez	Médico DUE	Concepción Arenal y Altamira
5	Angel Cortés Lozano M ^a Luisa Martínez Gallego Clara Santa-Brigida Barrio Pilar Montoya González Vicente Valera Tórtola	Pediatra DUE DUE DUE DUE	Casa de los Niños
	Asunción Romojaro Vázquez Miguel Angel de las Heras	Médico DUE	San Vicente
	Almudena Castrillon Montes	DUE	Picón del Jarama
6	Cristina González del Yerro Blanca Suarez Sánchez	Médico DUE	Ntra. Sra. de Lourdes
7	Consuelo Rojas Marcos Nuria Molledo González Begoña Sebastián Hidalgo	Médico DUE DUE	Chamberi y Vallehermoso Vallehermoso Chamberi
	Cristina González del Yerro M ^a Teresa Ruiz Gómez M ^a José Chaves	Médico DUE DUE	El Valle
11	Juan José Ramos Alvarez Cesar Garrido Morales	Médico DUE	El Madroño, Renasco y Acacias
Coordinador Asistencia Sanitaria de las Residencias del IMMF. José A. Díaz Huertas			



II. PROTOCOLO SOBRE ACTUACIÓN ANTE ABUSOS SEXUALES INFANTILES

Índice

Justificación

Protocolo de actuación desde la Comunidad de Madrid

Esquema general de actuación desarrollado en este protocolo

- A. Casos con contacto físico y menos de 72 horas desde que sucedieron los hechos.
- B. Casos con contacto físico y más de 72 horas desde que sucedieron los hechos.
- C. Casos sin contacto físico.

Actuación ante el abuso sexual infantil

1º Planes generales

2º Principios básicos de intervención

3º Proceso de actuación ante el abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario

1ª Fase: Detección

2ª Fase: Notificación

3ª Fase: Tratamiento / intervención

Planteamiento legal de los abusos sexuales a menores

1º. Principales normas en el sector

2º. Esquema general del procedimiento judicial

1ª Fase: Fase de Instrucción

2ª Fase: Fase del Juicio

Mecánica general de actuación en los casos de abusos sexuales de menores: Sistema integrado de intervención sanitaria y jurídico-procesal

1. Detección

2. Asistencia en juicio al menor

Orientación del abuso sexual infantil desde: Atención Primaria

Urgencia hospitalaria

PROTOCOLO SOBRE ACTUACIÓN ANTE ABUSOS SEXUALES INFANTILES

Justificación

El conjunto de las consideraciones que siguen pretenden ser el resumen de la experiencia de un grupo de profesionales con varios años de experiencia en casos de menores víctimas de violencia sexual.

De la observación de dichos casos extraemos ciertas conclusiones que evidencian, entre otras cosas, la problemática del proceso judicial, que se vive por los menores afectados de modo traumático y aversivo, dando lugar a una victimización secundaria, ante la cual los niños se encuentran totalmente indefensos. También se aprecia la descoordinación en la actuación de las distintas instancias con atribuciones en la materia.

Por todo ello, se elabora el presente protocolo, que tiene como objetivos principales:

- Lograr la coordinación precisa entre todos los profesionales intervinientes (sanitarios, administrativos y jurídico-judiciales), a los fines de optimizar esfuerzos y minimizar la percepción del problema, por parte del menor afectado.
- Conseguir que las actuaciones llevadas a cabo con el menor, sean solamente las estrictamente necesarias, y evitar así la repetición de diligencias sin merma de garantías procesales, asistenciales y de protección.
- Rentabilizar al máximo todos los recursos legales en orden a preservar el interés del menor como víctima del delito.
- Sustentar el sistema de atención social a la infancia en derechos y necesidades, bienestar y promoción social frente a los modelos de proteccionismo y beneficencia, ya superados.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DESDE LA COMUNIDAD DE MADRID

ESQUEMA GENERAL DE ACTUACIÓN DESARROLLADO EN ESTE PROTOCOLO

A. Casos con contacto físico y menos de 72 horas desde que sucedieron los hechos.

I. El abuso sexual, independientemente de los aspectos legales, en general, deberá ser considerado como una **urgencia** médica y social, que requerirá asistencia inmediata, sin caer en alarmismos y precipitaciones que pueden perjudicar al niño y entorpecer la intervención.

II. Los casos detectados en cada una de las Áreas del Insalud se derivarán al Servicio de Urgencias del **Hospital de referencia**.

Los casos que se presenten en el municipio de Madrid directamente en la Comisaría o en el Juzgado de Guardia se trasladarán a su hospital de referencia según su domicilio, o en su defecto al Hospital La Paz.

III. **Se pondrá en conocimiento del GRUME** (Grupo de Menores de la Policía Judicial) el caso, quien comunicará con el Juzgado de Guardia a los efectos de la toma de declaración y presencia del médico forense, que actuará como perito judicial, y de cara a la toma de muestras y la custodia de las pruebas.

IV. En caso de certeza del abuso sexual la intervención debe de ser inmediata y de acuerdo con los diferentes tipos de necesidades de:

- asistencia médica y psicosocial
- protección judicial-policial-administrativa del menor
- recogida de todo tipo de pruebas e indicios que puedan acreditar la realidad de los hechos, antes de que desaparezcan

B. Casos con contacto físico y más de 72 horas desde que sucedieron los hechos

En aquellos casos que hayan transcurrido más de 72 horas no existe urgencia en la atención médica por la recogida de pruebas forenses, por lo que salvo que existan lesiones o requiera asistencia médica especializada de urgencia, no será de atención exclusiva hospitalaria, pudiendo realizar el diagnóstico e informe el pediatra u otro personal capacitado para ello.

C. Casos sin contacto físico

La valoración fundamental vendrá determinada por las alegaciones de la víctima y los indicadores comportamentales que deberán ser valorados por Salud Mental del Área o del Hospital si la situación clínica de la víctima así lo aconseja.

La exploración física se realizará solamente si se considera necesaria y una vez que se haya determinado el posible abuso por la historia clínica e indicadores comportamentales.

A continuación se desarrollarán, separadamente, las actuaciones a llevar a cabo en el ámbito sanitario y jurídico-legal:

La actuación ante el abuso infantil deben:

- 1º. Estar englobado dentro de *Planes generales de atención a la infancia, al niño de riesgo de ser maltratado*
- 2º. Contemplar unos *Principios básicos de intervención*.
- 3º. Establecer un *Proceso de atención*.
- 4º. Elaborar *Manuales con los contenidos del programa*.

1º. PLANES GENERALES.

El Programa de atención social al abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario se enmarca dentro del *Plan de atención a la infancia en la Comunidad de Madrid* y en el *Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario*.

2º. PRINCIPIOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN

Los Principios básicos de intervención en esta materia serán:

1. El interés superior del menor debe ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
2. Los derechos de la víctima del delito.
3. El criterio de la mínima intervención, sin merma de las garantías procesales, asistenciales y de protección. Las actuaciones que se efectúen con el menor serán solamente las estrictamente necesarias, evitando la repetición de diligencias, declaraciones y exploraciones, que pueden agravar su delicada situación emocional y su victimización.
4. Los criterios de la prueba judicial.

Asimismo también serán principios básicos aplicables los que orientan el Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario, a saber:

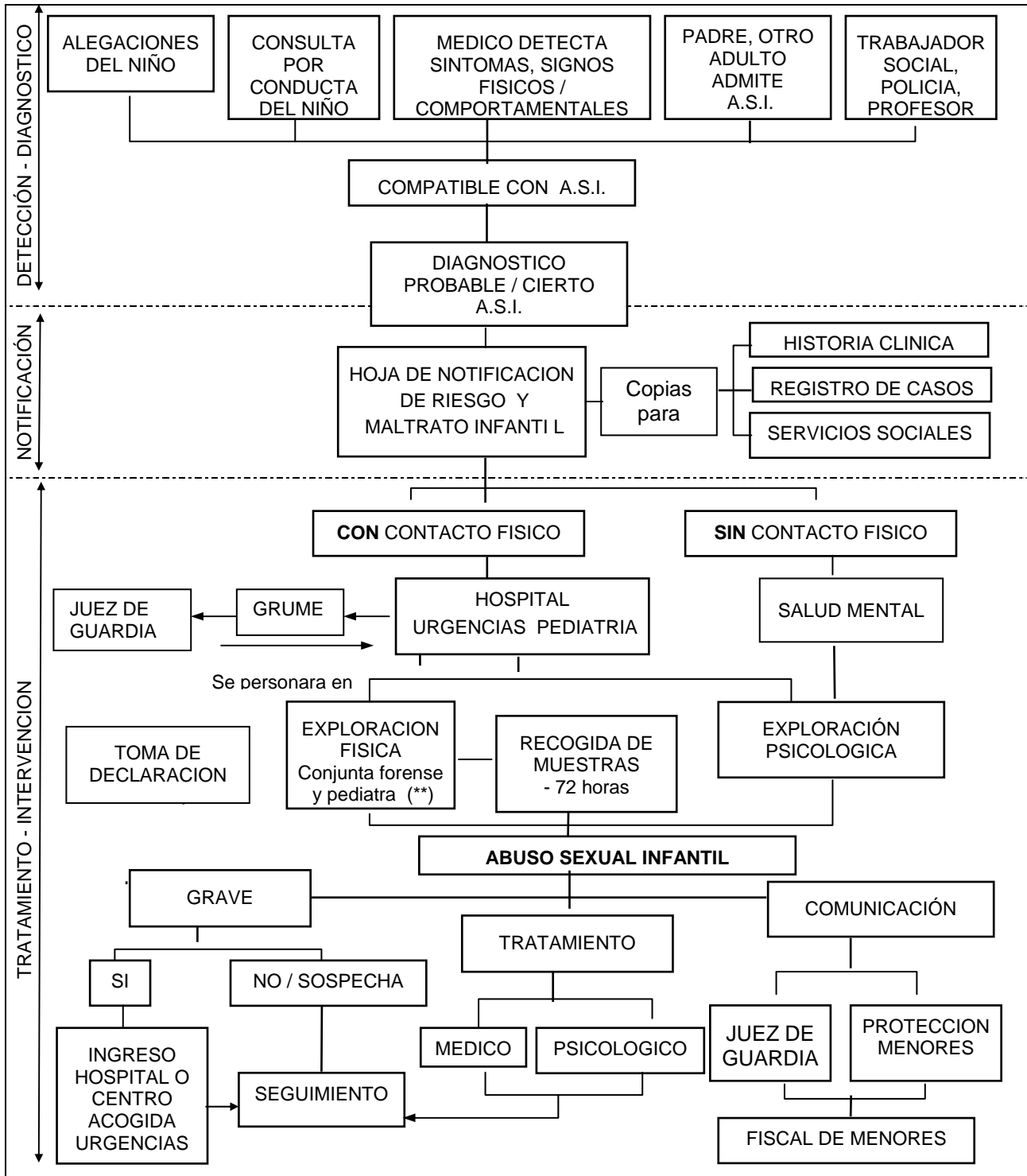
5. Los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios,..., y los adultos en general, son responsables de que los niños puedan vivir en condiciones tales que puedan satisfacer sus necesidades.
6. Las instituciones y los servicios no deben estar planteados únicamente para el caso de que se produzcan graves carencias, sino que son responsables de que los niños desarrollen sus mejores posibilidades.
7. Los niños están especialmente indefensos y necesitados, no pudiendo proporcionarse a sí mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades, ni protegerse de todos los riesgos.
8. La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños.
9. La familia por sí sola no puede satisfacer todas las necesidades del niño. La escuela, los servicios sanitarios, sociales,..., deben responder a las necesidades básicas de los menores, que sean propias de su competencia, de forma complementaria con la familia.
10. Cuando los padres son incapaces, o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas, o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
11. Cuando los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.
12. Los menores sobre los que sea necesario tomar medidas un centro, propios responsables de los servicios de protección infantil) tienen que satisfacer mejor sus necesidades, de lo que estaba haciendo su familia de origen.
13. El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.
14. La mejor forma de proteger a los niños del maltrato, es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y el cuidado de sus hijos.
15. Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y promover las relaciones entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor de protección, tienen derecho a un plan que prioritariamente debe hacer lo posible para mantenerlos o integrarlos después de un tiempo (siempre el más corto posible), en la familia.
16. Las alternativas que la comunidad ofrezca a los menores que hayan tenido que ser separados de la familia (conviviendo con padres acogedores, responsables de
17. En caso de separación definitiva debe proporcionarse al niño las condiciones para establecer otros vínculos de apego estables, ya sea a través de la adopción o de acogimientos permanentes.

3º. PROCESO DE ATENCIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO

Conceptualmente el referido **Proceso de atención al abuso sexual infantil en el ámbito sanitario**, es un esquema básico compuesto de fases interdependientes, que no necesariamente siguen siempre una dirección lineal. Por ejemplo, la gravedad en algunos casos puede exigir en primer lugar tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño, como puede ser la hospitalización o ingreso en un Centro de Acogida de Urgencias.

Se adelanta un **ESQUEMA GENERAL** del referido proceso (Cuadro 1), que posteriormente será desarrollado y explicado.

Cuadro 1. Fases del proceso de atención al Abuso Sexual Infantil (A.S.I.) desde el ámbito sanitario



(*) Siempre debe comunicarse / realizar interconsulta con los servicios sociales haciendo mención al carácter de la comunicación

(**) Podrá realizar la exploración otro profesional cualificado

1ª FASE: DIAGNÓSTICO / DETECCIÓN

El diagnóstico - detección del abuso sexual infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de abuso sexual infantil.

El diagnóstico - detección:

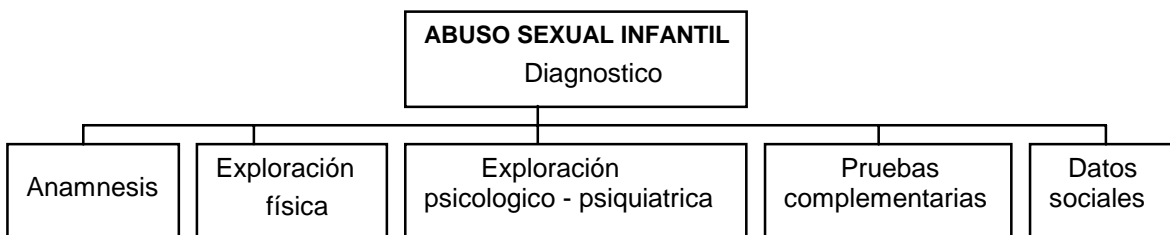
- es la primera condición para poder intervenir en casos de abuso sexual infantil y posibilitar así la ayuda al niño y a la familia que sufran este problema, ya que, como resulta evidente, sino detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podremos actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor.
- debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc.
- Evitar que los mitos y las falsas creencias afecten negativamente a la realización del diagnóstico (Cuadro 2).

Cuadro 2. Mitos y falsas creencias

<p>Son poco frecuentes Solo los sufren las niñas Hoy mas que en el pasado Quienes cometen los abusos están locos Solo se dan en circunstancias especiales Los niños no dicen la verdad</p>	<p>Los niños son responsables de los abusos Los niños pueden evitarlos Si ocurre algo a un niño cercano nos enteraremos Los familiares los denuncian cuando ocurre en la familia Los agresores son casi siempre desconocidos Los efectos son casi siempre muy graves Los abusos van acompañados de violencia física</p>
--	---

El diagnóstico de abuso sexual infantil se basa en la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, teniendo una especial relevancia la exploración psicológico-psiquiátrica y los datos sociales (Cuadro 3).

Cuadro 3. Diagnóstico de maltrato infantil



De ahí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etc., que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico así como de indicadores que se presentan en este problema.

- ◆ Indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor / acompañante.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la anamnesis (historia clínica), de las exploraciones (síntomas, lesiones) y de la historia social que señalan la posible existencia de abusos sexuales.

Además de los Contenidos teóricos de formación del Programa presentamos esquemas con los posibles indicadores de abuso sexual infantil: indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor / acompañante de abuso sexual infantil y, clínicos (cuadro 4).

- ◆ Exploración física

El diagnóstico de malos tratos a un niño requiere la realización de exploraciones médicas que en el caso de abuso sexual infantil con contacto físico debemos ser especialmente cuidadosos ya que:

- pueden causar reexperiencia del trauma.
- deben evitar reexploraciones innecesarias.
- prever la participación de un médico forense en casos de exploración genital y anal.
- deben realizarse por un profesional con conocimientos y experiencia suficiente para poder valorar las lesiones.
- debe realizarse fotografías en caso de lesiones como soporte.

Cuadro 5. Indicadores físicos y comportamentales más frecuentes en el abuso sexual infantil.

Físicos	Traumas físicos	Dificultad para caminar o sentarse Irritación en área ano-genital: dolores, picazón, hemorragias, magulladuras esgarros, hinchazón...		
	Infecciones	Zona genitales Tracto urinario Enfermedades venéreas		
	Presencia de esperma Embarazo Dificultades manifiestas en defecación Enuresis o encopresis			
Comportamentales	Sexuales	Conductas sexuales	Masturbación excesiva Interacción sexual con iguales Agresiones sexuales a otros niños más pequeños Conductas sexuales con adultos Conductas seductivas repetidas Promiscuidad	
		Conocimientos sexuales	Temas como: penetración digital, erección, eyaculación, cunnilingus, fellatio o que es lo que se siente durante la penetración...	
		Afirmaciones sexuales	Claras e inapropiadas	
	No sexuales	Desórdenes funcionales	Problemas de sueño : pesadillas, miedo a la oscuridad, hablar durmiendo Enuresis y encopresis Desórdenes del apetito Estreñimiento mantenido y repentino con dolor	
		Problemas emocionales	Depresión Ansiedad Retraimiento Fantasías excesivas Conductas regresivas Falta de control emocional Fobias repetidas y variadas Problemas psicosomáticos Labilidad afectiva	
		Problemas conductuales	Agresiones Fugas Conductas delictivas Uso de alcohol y drogas Conductas autodestructivas Intentos de suicidio	
		Problemas de desarrollo cognitivo	Retrasos en el habla Problemas de atención y concentración Disminución de rendimiento académico Retraimiento Retrasos en el crecimiento Accidentes frecuentes Psicomotricidad lenta o hiperactividad	
		Problemas afectivos	Culpa Vergüenza	
	Conducta del cuidador	Extremadamente protector o celoso Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador Sufrió abuso sexual en su infancia Experimenta dificultades en su matrimonio Abuso de drogas o alcohol Esta frecuentemente fuera del hogar		

Cuadro 6. Manifestaciones clínicas

Historia detallada: tipo agresión (vaginal, anal, oral) íntimos, versión paciente agredido, descripción agresor
 objetos utilizados, valoración estado psicológico
 Lesiones cutáneas, quemaduras, ...,
 Lesiones vulvares
 Lesiones anales
 Exploración genital: configuración y tamaño himen, lesiones vulvares, vaginales y/o anales
 Búsqueda procedente agresor: pelos, sangre,..
 Fotografía en color lesiones

◆ Exploraciones complementarias

El abuso sexual infantil con contacto físico requiere la realización de diferentes pruebas complementarias (serología, semen, análisis de orina, test embarazo)

El examen médico debe ser realizado por un médico con experiencia:

- medico forense (en realidad no acostumbra a ver muchas agresiones sexuales infantiles)
- pediatra – ginecólogo con formación en estos aspectos

El equipo formado por estos dos profesionales con su experiencia respectiva en el campo clínico y en el criminalístico, es el que con toda probabilidad consigue un porcentaje mayor de éxitos en el examen del menor.

Pruebas no recogidas en 48 - 72 horas no son válidas	
Búsqueda semen	Luz de Wood (fluorescencia a luz ultravioleta)
	Fosfatasa ácida prostática (coito 24 h) y glucoproteína prostática p30 (48 h.) (ambos marcadores prueban coito aun sin espermatozoides)
	Prostaglandinas (PGE 1, PGE 2, PGE 3, 19 hidroxi PGE 1, 19-hidoxi PGE2) originados en las vesículas seminales
	ADN mayor especificidad
Exámenes de laboratorio: utilizar solo suero fisiológico para limpieza, lubricante, toma de pruebas, etc.	

Cuadro 7. Tiempo para poder determinar la presencia de espermatozoides y/o liquido seminal

Lugar	Espermatozoides	Liquido seminal
Vagina	6 días	12 - 18 horas
Ano	3 días	3 horas
Boca	12 - 14 horas	---
Ropa interior / vestidos	Hasta su lavado	Hasta su lavado

Cuadro 8. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y abusos sexual

ETS Confirmada	Abuso sexual	Acción sugerida
Gonorrea ¹	Cierto	Notificar ²
Sífilis ¹	Cierto	Notificar
Chlamydia ¹	Probable ³	Notificar
Condilomas acuminados	Probable	Notificar
Trichomonas vaginales	Probable	Notificar
Herpes I (genital)	Posible	Notificar ⁴
Herpes II	Probable	Notificar
Vaginitis bacteriana	Indeterminado	Seguimiento médico
Cándida albicans	Improbable	Seguimiento médico

¹ Excepto adquisición perinatal

² Notificar a agencias / organismos diagnóstico fiable

⁴ Excepto que exista historia clara previa encargados de recibir los casos de sospecha de abuso sexual

³ Solo el cultivo es el método de autoinoculación

Fuente: Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics, 1991; 87:254-260

◆ Exploración psicológica – psiquiátrica

Los indicadores, la sintomatología como efecto de los abusos sexuales son fundamentales para determinar el abuso, especialmente en aquellos casos en que no ha existido contacto físico con posibles evidencias físicas o biológicas, que deberán ser analizadas por psicólogos-psiquiatras y profesionales con experiencia en esta área.

◆ Datos sociales

Los factores de riesgo, circunstancias sociales que concurren en los casos de abuso sexual son elementos necesarios para determinar las causas, efectos y las posibles intervenciones, siendo imprescindible la participación de los trabajadores / servicios sociales.

2ª FASE: LA NOTIFICACIÓN

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor que supuestamente ha sido víctima de abuso sexual y del propio informante.

El abuso sexual tiene la consideración legal de delito por lo que existe la obligación de comunicar los hechos de los que se tengan conocimiento a la Justicia, mediante parte de lesiones al Juez de Guardia o al Fiscal. Lo que se pide al sanitario, es que detecte “indicios razonables para sospechar” y los informe.

La **notificación** es:

- una **condición necesaria para posibilitar la intervención** en casos de abuso sexual infantil.
- una **obligación legal y profesional**.

No sólo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también lo serán los aparentemente leves y las situaciones de riesgo.

No obstante, debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.

Independientemente de la notificación por su condición de delito se debe comunicar también el caso a los Servicios sociales para, por una parte, atender y proteger a la víctima y, por otra, determinar y actuar según las competencias que el sistema de protección de menores otorga a los servicios social.

La notificación según el sistema de notificación y Registro establecido en la Comunidad de Madrid se realizará mediante el correspondiente impreso en papel autocopiativo que conlleva una hoja / copia para:

- **Servicios sociales** del ámbito en el que desarrolla su actividad el profesional que realizó el diagnóstico / detección, para proceder a la adecuada atención e intervención por parte de los servicios sociales (investigación-acción) asegurando de esta forma el trabajo correspondiente por parte de las Unidades de Trabajo Social que informaran a la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid.
- **Registro de casos del Instituto Madrileño del Menor y la Familia** a los efectos epidemiológicos – estadísticos.
- **Historia /expediente del menor** para que quede constancia de los hechos

La **notificación** debe incluir:

- datos del menor
- datos del informante

Los **servicios con competencia en materia de protección de menores** en casos que requieran medidas urgentes, según sea la naturaleza de dichas medidas. son:

Comisión de Tutela del Menor	Servicio social especializado a quien corresponde la responsabilidad de la protección en la Comunidad Autónoma. Asume la tutela de menores en situación de desamparo, adopta medidas protectoras
Juez de Guardia	En situación de urgencia ingreso de un menor en centros de protección Iniciar un proceso penal,
Fiscal de Menores	Promueve acciones en defensa de los intereses del menor
Policía	Encargado de velar por la seguridad y el libre ejercicio de los derechos y libertades de los ciudadanos. Engloba al grupo especializado en menores GRUME (Policia Nacional) y EMUME (Guardia Civil)

Cuadro 9. Criterios para la toma de decisión de informar casos de abuso sexual infantil

Datos disponibles			Contestación / respuesta	
Historia	Físico	Laboratorio	Preocupación abuso sexual	Acción
No	Exploración normal	No	No	Ninguna
Cambios comportamentales (ver cuadro 5)	Exploración normal	No	Bajo (Preocuparse)	± Notificar *; seguimiento estrecho; Indicado remitir a salud mental
No	No hallazgos específicos	No	Bajo (Preocuparse)	± Notificar *; seguimiento estrecho
Historia no específica del niño o historia solo por un padre	No hallazgos específicos	No	Posible (sospecha)	± Notificar *; seguimiento estrecho
No	Hallazgos específicos	No	Probable	Notificar
Declaración clara	Exploración normal	No	Probable	Notificar
Declaración clara	Hallazgos específicos	No	Probable	Notificar
No	Exploración normal, no hallazgos o hallazgos específicos	Gonorrea cultivo +; sífilis serología +; presencia de semen, esperma o fosfatazo ácida	Cierto	Notificar
Cambios de comportamentales	No hallazgos específicos	Otras enfermedades transmisión sexual	Probable	Notificar

* La notificación puede estar o no indicada. La decisión de notificar deberá estar basada en la discusión con expertos o con los servicios de protección a la infancia.

Fuente: Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics, 1991; 87:254-260

3ª FASE: EL TRATAMIENTO / INTERVENCIÓN

La actuación en casos de abuso sexual infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir unos **requisitos mínimos**. Debe:

- actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato. No puede ser puntual, tratar sólo el síntoma.
- considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno familiar. No debe limitarse al niño, sino al niño, su familia y el medio.
- realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimientos de recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas).
- desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo.

La actuación en casos de abuso sexual infantil desde el ámbito sanitario conlleva:

- tratamiento de las lesiones y comprobación diagnóstica de la etiología
- intervención social y en su caso del sistema de protección infantil y legal.

La atención al niño abusado sexualmente presenta unas características particulares y deberá:

Asegurarse que no ha sufrido heridas	Buscar profesional para que examine al niño
Proteger a la víctima	Vamos a decir a alguien lo que ha sucedido para que no vuelva a pasar. Comunicarlo a las autoridades. Impedir que el agresor pueda acceder al niño
Sentir orgullo por haberlo comunicado	Estoy muy orgulloso de ti por habérmelo comunicado Has hecho lo correcto diciéndome esto
Aceptar sentimientos del niño	Siente...ahora. Te ayudaré a sentirte mejor después. Parece que sientes...hacia el agresor Animarle a hablar del abuso. Reconocer los sentimientos del niño
Expresarle afecto	Te quiero como antes y te seguiré queriendo, esto no cambia nada. Darle muestras de afecto como lo hacemos cuando queremos consolarle. Dejar que el niño controle el tipo y frecuencia del contacto afectivo

Cuadro 10. Respuestas inadecuadas y conductas y expresiones gestuales o verbales funcionales ante casos de abusos sexuales.

Negar que el abuso ha ocurrido	No es verdad. ¿Estás seguro? Debe ser un malentendido. No inventes estas historias
Culpar al niño del abuso	¿Por qué le dejaste hacerlo?, ¿Por qué no me lo dijiste antes?, ¿Cómo dejaste que ocurriera?, ¿Por qué no dijiste "no", huiste, luchaste? Que asco, el que hayas hecho estas cosas. Reñir o castigar al niño
Reacción de alarma	Nunca volverás a ser el mismo. A partir de ahora eres un desgraciado. Expresar angustia por el niño o por el agresor
Poner el acento en el nuevo status del niño	Referirse a él como la víctima Evitar tocarle o acariciarle
Sobreprotección	Restringirle actividades habituales

Planteamiento legal de los abusos sexuales a menores (*):

- 1º. Principales normas en estos procesos
- 2º. Esquema general del procedimiento judicial

1º. PRINCIPALES NORMAS A CONSIDERAR DE CARA A ESTOS PROCESOS

- La **Ley de Enjuiciamiento Criminal** (reformada por Ley Orgánica 14/99, de 5 de junio), como **esquema general del procedimiento penal**.
- La **Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en España**, Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, llamada Ley de Extranjería, establece un nuevo procedimiento competencia del Juzgado de Menores en su artículo 32.2º en el caso de personas indocumentadas, a las que no se puede establecer con exactitud si es mayor o menor de edad; para determinar su edad, identidad y demás circunstancias personales, que requerirá la creación de Centros de custodia para menores extranjeros no acompañados ,a fin de evitar la victimización institucional.
- Caso de menores infractores, la **Ley reguladora de las responsabilidades penal de los menores**, Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, que entrará en vigor el día 13 enero de 2001, establece un procedimiento penal para los menores de 14 a 18 años, que haya cometido algún delito o falta, incluso se prevé la posibilidad de que esta Ley se pueda aplicar a los mayores de 18 años y menores de 21 en determinados supuestos. Y en cuanto el menor víctima, también establece la posibilidad de personarse siempre en la pieza de responsabilidad civil, y en el proceso penal, cuando el autor sea mayor de dieciséis años y el delito sea con violencia o intimidación en las personas.
- La entrada en vigor de esta normativa supondrá la plena vigencia de los artículos 19 y 69 del vigente Código Penal.
- Como **norma general sustantiva el CÓDIGO PENAL** vigente aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, modificado por Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, que afecta al Título VIII del Libro II, relativo a delitos contra la Libertad Sexual.

Además:

- La **Ley Orgánica 19/1994**, de 23 de diciembre de **Protección a Testigos y Peritos en causas criminales**.
- **Ley 35/1995**, de 11 de diciembre de **Ayudas y Asistencia a Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual** y el Real Decreto 738/1997, de 23 de mayo, que aprueba su **reglamento**.
- **Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas** de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en diciembre de 1990.
- **Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor** (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero) que puede ampliarse a cualquier proceso penal, civil o administrativo.
- **Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores** (reglas de Beijing), de 29 de noviembre de 1985.
- **Recomendación R-87 del Consejo de Ministros de Europa** de 3 de noviembre de 1998.
- **Ley reguladora de la responsabilidad penal del menor**, Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero.

2º. ESQUEMA GENERAL DEL PROCEDIMIENTO PENAL A QUE DARÁ LUGAR LA AGRESIÓN SEXUAL CONTRA MENORES (EX. L.E. CRIM.)

1ª Fase: FASE DE INSTRUCCIÓN.

Fase de investigación desarrollada con el fin de recopilar los datos que permitan sustentar el ejercicio de la acción penal o desechar el proceso por no aparecer indicios de criminalidad frente a persona concreta por los hechos valorados (sobreseimiento).

(*) Texto revisado por D^a. *Pilar Cabañas Poveda*. Letrada de la Comunidad de Madrid en la Comisión de Tutela del Menor. Consejería de Presidencia.

Observaciones más relevantes:

- Reglas sobre la TOMA de declaración y careos, en casos de menores afectados. (Ex. Arts. 488 y 455 de la L.E. Criminal),

Cuando el testigo sea menor de edad, podrá el Juez atendiendo a la naturaleza del delito y a las circunstancias del testigo, acordar en resolución motivada y previo informe pericial que se evite la confrontación visual del testigo con el inculpado, utilizando para ello cualquier medio técnico o audiovisual.

No se practicarán careos con testigos que sean menores de edad, salvo que el Juez lo considere imprescindible y no lesivo para los intereses de dichos testigos previo informe pericial.

- Derecho del menor a ser oído:
 - * El menor tiene derecho a ser oído, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que esté directamente implicado y que conduzca a una decisión que afecte a su esfera personal, familiar o social.
 - * Se garantizará también que el menor pueda ejercitar este derecho por sí mismo o a través de la persona que designe par que el represente, cuando tenga suficiente juicio.
 - * No obstante, cuando ello sea posible o no convenga al interés del menor, podrá conocerse su opinión por medio de sus representantes legales, siempre que no sean parte interesada ni tengan intereses contrapuestos a los del menor, o a través de otras personas, que por su profesión o relación de especial confianza con él, puedan transmitirla objetivamente.
 - * Cuando el menor solicite ser oído directamente o por medio de persona que le represente, la denegación de la audiencia será motivada y comunicada al Ministerio Fiscal y a aquellos.
- RECOMENDACIONES sobre el MODO, LUGAR y FORMA de practicar la declaración del menor.

El LUGAR en que ha de llevarse a cabo la declaración del menor, deberá ser una sala ubicada en las dependencias del juzgado correspondiente, especialmente adaptada para realizar la exploración del menor por un técnico profesional que le acompañará y le explicará el procedimiento. Hasta tanto no exista dicho local, la declaración se prestará en el despacho del Juez que deberá contar con los medios materiales necesarios (espejo unidireccional, biombo, cámara de vídeo, etc.), todo ello para minorar el estrés que supone para el menor su declaración.

La FORMA en al que debe realizarse la declaración deberá adaptarse a las siguientes condiciones:

- * La declaración deberá realizarse en un ambiente cálido y protector.
- * Se le hablará al menor en un lenguaje apropiado para su edad, claro y sencillo, evitando en lo posible el empleo de términos jurídicos, sin formularse preguntas sesgadas.
- * Podrán utilizarse los mecanismos adecuados que faciliten el relato del menor, tales como dibujos, gráficos, etc.
- * Antes de iniciar la declaración, se explicará al menor qué es lo que exactamente se va a hacer.
- * Se tratará de obtener una declaración lo más completa posible a fin de evitar una nueva declaración para completar datos.
- * Las preguntas se formularán siempre por el Juez o técnico, pudiendo el Fiscal y los Letrados asistentes intervenir a través de aquél, sin que el menor tenga conocimiento de las preguntas hasta que estas hayan sido declaradas pertinentes. El Juez podrá auxiliarse del profesional especializado para facilitar la comunicación con el menor.
- * La declaración se registrará en vídeo o en cualquier otro medio de reproducción para evitar la reiteración en el acto del juicio oral de las preguntas formuladas en fase de instrucción y sin perjuicio de la presencia del menor en el acto del juicio.
- * La transcripción de la declaración no se realizará de acuerdo con los mecanismos habituales, sino a partir de los medios señalados en el punto anterior.

Respecto a las PERSONAS que deben estar presentes en la declaración, además de aquellas que legalmente deben asistir a la misma, habrá que añadir un profesional, así como el representante legal del menor o persona que designe el propio menor.

En los casos en los que el menor, por la edad (muy pequeños) o por las circunstancias particulares del caso esté más traumatizado, se reducirá el número de las personas que estén en contacto con el menor o dentro de su campo de visión, mediante la colocación de un biombo o un espejo unidireccional en la sala.

- DILIGENCIAS PERICIALES Y RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS: Respecto a las primeras se ordenarán exclusivamente las imprescindibles, por peritos designados por el Juez. Las reconstrucciones se evitarán.

2ª Fase: **FASE DEL JUICIO.**

Para el acto del juicio oral se tendrán en cuenta las siguientes **indicaciones**:

- El profesional informará al menor y a su representante legal de lo que es esta nueva fase.
- Se evitará, siempre que sea posible, la declaración del menor en la Sala de Vistas.
- Se modificará el lenguaje judicial y ala fórmula de juramento de verdad a los mayores de 14 años, utilizando una terminología comprensible para el menor.
- Se adoptarán las medidas que la Ley de Protección de Testigos permite respecto del menor -víctima y testigos menores de edad.
- Se admitirá por los tribunales el testimonio referencial y los peritajes de expertos sobre el testimonio infantil.
- Se evitará siempre la declaración de los menores de seis años, salvo que puedan comunicar lo ocurrido de forma comprensible.
- El juicio se celebrará a puerta cerrada.
- Se evitará el uso de la toga y se desarrollará el acto con la menor solemnidad posible.

MECÁNICA GENERAL DE ACTUACIÓN EN LOS CASOS DE ABUSOS SEXUALES DE MENORES: SISTEMA INTEGRADO DE INTERVENCIÓN SANITARIA Y JURÍDICO-PROCESAL

1.- Detección:

1.a) Caso de urgencia médica: Se trasladará al niño al **servicio de urgencias hospitalario de pediatría correspondiente** que podrá ser:

- El correspondiente según el Área del INSALUD de Madrid.
- Hospital La Paz (si se personara en el GRUME o en los Juzgados de Plaza de Castilla)
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (si se personara en el Centro de Acogida de Urgencias o en otro Centro de Protección).

Superada dicha urgencia sanitaria, se atenderá la cuestión legal, en la forma que se previene en el siguiente supuesto.

1.b) Si no hay urgencia médica: habrán de adoptarse los siguientes criterios de actuación:

Se comunicará por escrito o por comparecencia la situación al Juzgado de Guardia correspondiente y este podrá adaptar medidas urgentes, entre ellas:

En caso de una **situación de posible desamparo** se informará a la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (Consejería de Servicios Sociales).

La **realización de la correspondiente exploración física**, toma de muestras, y parte de lesiones dirigido al Juez de Guardia. Para evitar la duplicidad en la exploración y evaluación del menor, y salvar a su vez los principios de prueba legal, se procurará un reconocimiento conjunto entre el médico forense y el médico

- Servicio de urgencias del hospital
- Centro de acogida de urgencias (Hortaleza)

Si el menor está bajo la tutela de la Comunidad de Madrid no será necesaria su hospitalización, y se procederá al traslado a la Residencia.

Si un servicio público (forense, médico, social) recibe una **solicitud de nuevo informe sobre los menores** y en el expediente judicial no existe constancia del informe emitido anteriormente por otro servicio que hubiera atendido al menor, se informará al juez/fiscal de esta situación, en él comunicando la conveniencia de la no repetición de exploraciones, poniendo el informe a su disposición y solicitando del juez/fiscal, si fuera necesario, o no hacer otro informe, o una ampliación del existente.

En **caso de que la declaración del niño sea necesaria con carácter de urgencia por determinar la decisión judicial** se recomienda que se tome la declaración al niño en el juzgado, con la presencia de un profesional especializado, y no en las dependencias policiales.

Ordenar el desarrollo de una INVESTIGACIÓN JUDICIAL-POLICIAL, en cuyo caso dicha actuación se coordinará con la desarrollada en otras instancias, limitando las actuaciones con el menor a las estrictamente necesarios, de ese modo:

No se tomará declaración al menor:

1. Siempre que los datos aportados por la investigación policial-judicial sean suficientes y no sea necesario ampliarlos con la propia declaración del menor.
2. Si presenta una grave afectación como víctima, se pospondrá la declaración a la recuperación psicológica del menor.
3. Si hay denuncia de un profesional.
4. Si hay suficientes pruebas físicas.
5. Si las pruebas se pueden obtener de otra manera.
6. Si es un menor de 6 años.

Se tomará declaración al menor:

- Si acude la víctima sola o acompañada de una persona a hacer la denuncia y no se da ninguno de los supuestos del apartado anterior.

De todo ello se dará traslado por el Juzgado de Guardia al competente de Instrucción, de cara a la iniciación del proceso.

2.- ASISTENCIA EN JUICIO AL MENOR

Detectado el abuso y puestos en marcha los sistemas de protección sanitaria y psicológica, se prestará **atención a las necesidades de asistencia jurídico-legal del menor**, a cuyo efecto tanto los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid, como los del propio Instituto Madrileño del Menor y la Familia, representarán y defenderán el juicio a los menores protegidos, debiendo acudir a instancias generales - colegio de abogados, además de la protección de la legalidad desarrollada en general, por el Ministerio Fiscal - en otros casos.

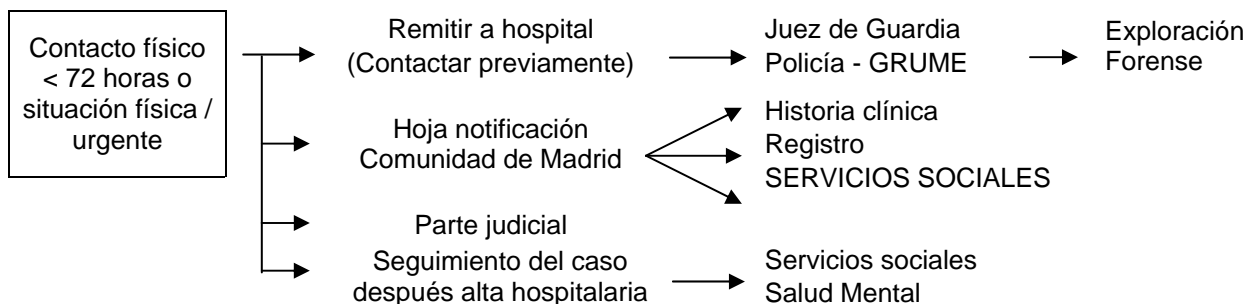
ORIENTACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (A.S.I.) DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A título orientativo se presenta el Protocolo de actuación - pautas para la notificación y actuación ante un caso de abuso sexual a menores desde Atención Primaria de Salud dependiendo del tiempo transcurrido desde la agresión y del tipo de abuso sexual, dejando aparte el tratamiento médico o psicológico que precise el menor según sus lesiones.

- **Casos con contacto físico y menos de 72 horas desde que sucedieron los hechos**

Se derivarán al Servicio de Urgencias Hospitalario correspondiente según el Área sanitaria donde se hará comunicación al Juez de Guardia para la realización de la exploración médico-forense y la recogida de muestras (Esquema 1).

Esquema 1. Actuación en casos de abusos sexuales a menores con contacto físico y menos de 72 horas desde que sucedieron los hechos.



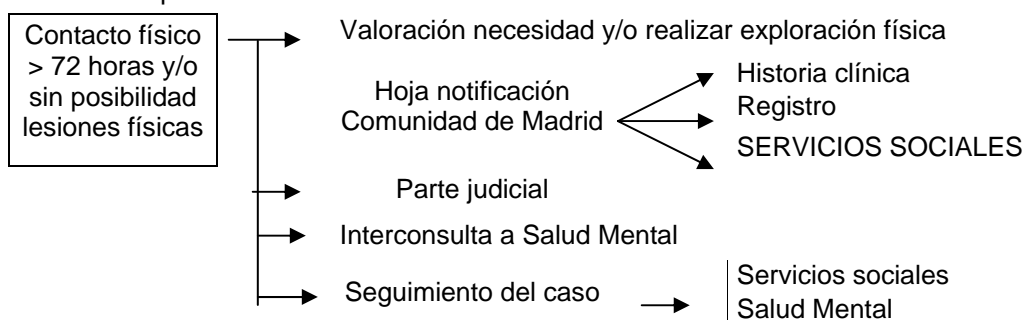
- **Casos con contacto físico y mas de 72 horas**

La valoración se hará por el pediatra, los servicios de Salud Mental y con la ayuda de los profesionales que se consideren necesarios.

Se pueden dar los siguientes supuestos:

1. Declaración clara por parte del menor y/o su familia con o sin hallazgos en la exploración.
2. Declaración por parte del menor y un solo padre con historia poco específica y sin lesiones.
3. No existe declaración pero existen lesiones físicas específicas o sospechosas.
4. No existe declaración, ni lesiones físicas pero la familia o el profesional observan cambios comportamentales en el menor.

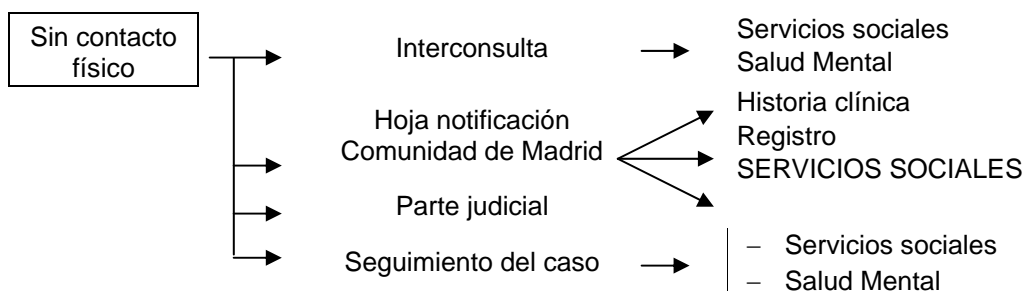
Esquema 2. Actuación en casos de abusos sexuales a menores con contacto físico > 72 horas y/o sin posibilidad lesiones físicas



- **Sin contacto físico**

Son los casos más frecuentes y que presentan mayor dificultad para su diagnóstico clínico que debe basarse en las alegaciones del niño y por los indicadores físicos y comportamentales (Esquema 3).

Esquema 3. Actuación en casos de abusos sexuales a menores sin contacto físico



- **Casos dudosos – falsas alegaciones**

Historia no específica o no compatible con abusos sexuales, solo alegaciones sin otros datos (indicadores físicos, comportamentales) alegaciones de un padre especialmente si situaciones de conflicto de pareja (separación – divorcio y custodia de los hijos) (Esquema 4).

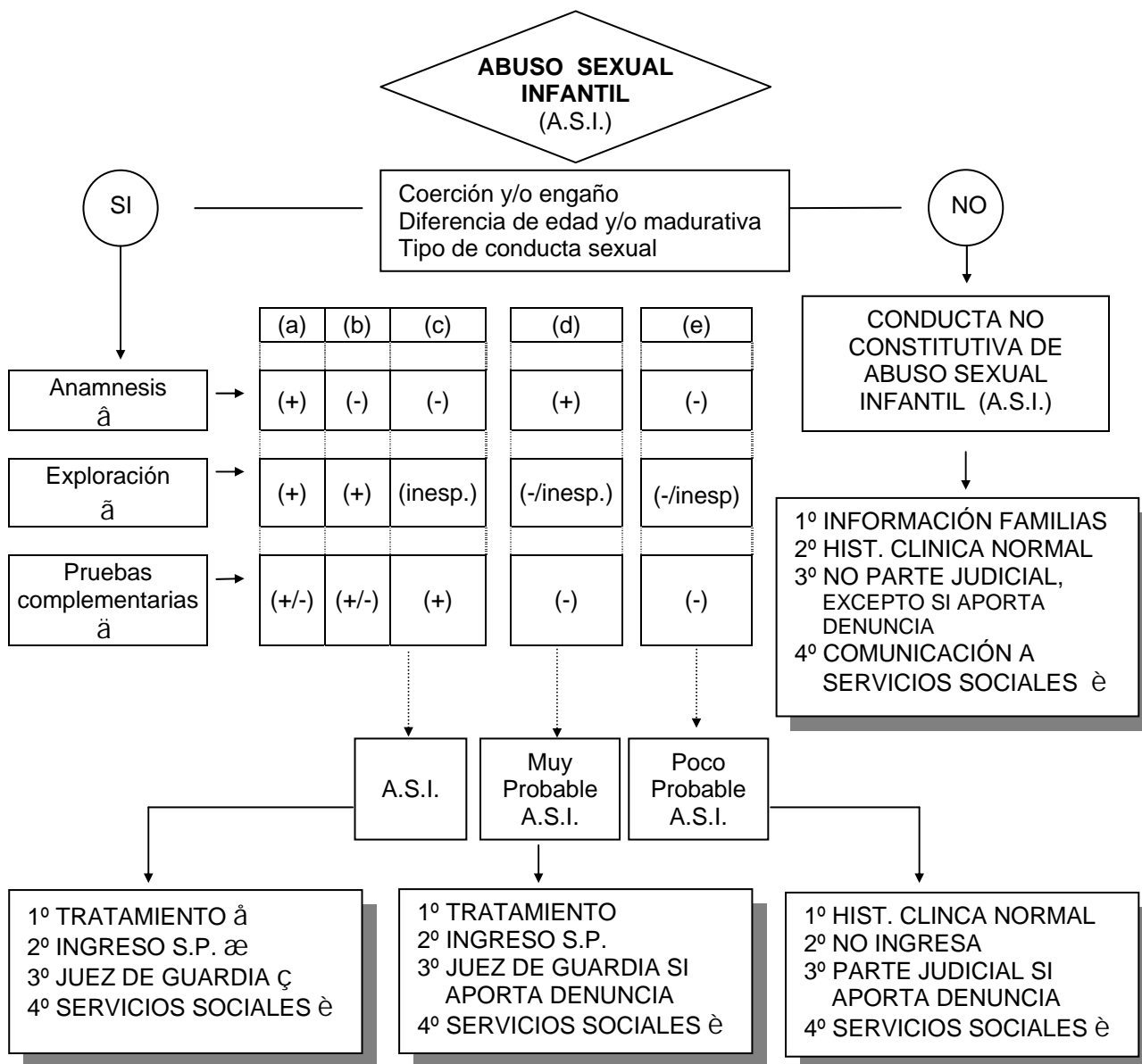
Esquema 4. Actuación en casos de abusos sexuales a menores dudosos – falsas alegaciones



ORIENTACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (A.S.I.) EN LA URGENCIA HOSPITALARIA

Julia Martín Sánchez
Santos García García

A título orientativo se presenta el Protocolo de actuación ante un caso de abuso sexual infantil en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil La Paz



ABUSO SEXUAL INFANTIL

- â La entrevista se realizará en sitio privado, sin interrupciones, antes de desnudar a la víctima (si es necesario realizar exploración física) permitiendo la presencia de una persona de su confianza si la hay y con un testigo (forense, personal del Servicio).

Las preguntas serán abiertas, no dirigidas, escuchando sin hacer comentarios de sorpresa y anotando a ser posible de forma literal. Según la edad de la víctima nos ayudaremos con dibujos u objetos.

En caso de que aporte ya la denuncia, esperaremos al médico forense, para no multiplicar los interrogatorios.

Conviene tener versiones por separado de los padres y de la víctima.

- ã Si aporta denuncia, solo descartar sangrado activo y esperar al médico Forense

En caso contrario, hacer primero una exploración general buscando signos de maltrato o negligencia, conocer el grado de maduración intelectual y desarrollo puberal y después de genitales y ano. Si lesiones evidentes, esperar al médico Forense para tomar muestras y colaborar con él en lo que precise (Guantes, aspiración vaginal con SNG del 6 tras instilar con la misma 2 cc de suero fisiológico o muestra de orina para ver espermatozoides si < de 72 horas desde la agresión)

Se considera exploración POSITIVA: desgarros del himen, perianales o perineales, dilatación anal en las primeras 6 horas tras la agresión. Se considera INESPECÍFICA: hiperemias del área genital o anal leucorrea, molestias al orinar, defecar o caminar, las lesiones de condilomas acuminados o herpes simple en zona genital, fisuras anales, alteraciones del comportamiento, etc.

- ä Se realizará en casos seleccionados por la entrevista y exploración. Se considerarán pruebas:

- POSITIVAS el embarazo o serología positiva de sífilis o gonococia, seroconversión de VHB o VIH (basales negativas), hallazgo de espermatozoides en orina o aspirado vaginal.
- INESPECÍFICAS las lesiones de herpes genital, las dilataciones anales de oras causas (E.I.I.), las micosis vaginales o hallazgo de tricomonas ya que se requiere un contacto íntimo pero no necesariamente genital.

- å El tratamiento 1. Tratamiento de las lesiones.

debe incluir: 2. Profilaxis postcoital si menos de 48 horas en las adolescentes (se remitirá al ginecólogo).

3. Profilaxis de E.T.S. cuando ha existido contacto con genitales o semen con Ceftriaxona 125 mg dosis única i.m. (la infección por clamidia y tricomonas no se considera por su baja prevalencia); gammaglobulina 1ª dosis de vacuna anti VHB (si no esta vacunado) y serología basal de VHB y VIH.

4. Valoración y tratamiento psicológico SIEMPRE (se remitirá a la Unidad de Salud Mental de su zona).

- æ Criterios de ingreso hospitalario:
- Necesidad de tratamiento hospitalario
 - Necesidad de protección a la víctima
 - Gran afectación psicológica

- ç Excepto el caso (d), todos los casos se comunicarán al Juzgado de Guardia telefónicamente (Telf. 91.572.10.77 – 91.397.34.66); seguir instrucciones en cuanto a la visita del Forense, denuncia en Juzgado por parte de los padres, etc.

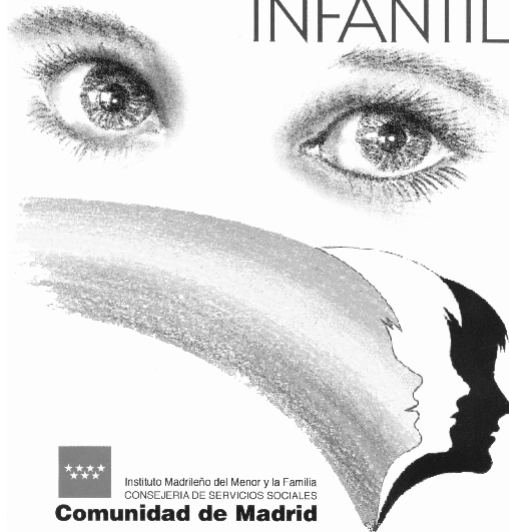
Así mismo, la policía (Telf. 091) – GRUME (Grupo de Menores de la policía Judicial Telf. 91.322.35.56) puede resolver el problema de la denuncia y la protección de la víctima.

Cuando viene el médico forense, se hace constar en la Historia Clínica y NO SE HACE PARTE JUDICIAL, NI EL FORENSE HACE EL INFORME EN NUESTRO IMPRESO (existe en el Juzgado unos impresos especiales para ello). Cuando siguiendo instrucciones del Juez de Guardia hagamos parte judicial, NO SE ENTREGARÁ A LA POLICIA, ni a nadie que no sea el administrativo que lo cursará de forma precisa.

- è Mediante la HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL de la Comunidad de Madrid, que conlleva ejemplar para la Historia clínica, para el registro del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Servicios Sociales, y para la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

Los casos de *abusos sexuales* llevan implícito un alto riesgo de *maltrato emocional* por el propio abuso y por otras posibles circunstancias (menor utilizado por sus padres en procesos de separación, custodia, etc.), por lo que esta recomendada la interconsulta/ atención por parte de *salud mental*.

ATENCIÓN Abuso Sexual INFANTIL



 Instituto Madrileño del Menor y la Familia
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

III. CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

- | | |
|---|---|
| 01. Abuso sexual: historia, concepto, epidemiología | <i>José A. Díaz Huertas</i> |
| 02. Maltrato físico y abuso sexual | <i>Juan Casado Flores</i> |
| 03. Etiología del abuso sexual | <i>Joaquín Esteban Gómez</i> |
| 04. Desarrollo puberal y psicosexual del niño | <i>Carmen Martínez González</i> |
| 05. Efectos psicológicos del abuso sexual | <i>Blanca Vázquez Mezquita</i> |
| 06. Sospecha de enfermedades de transmisión sexual y maltrato | <i>Juan Ballesteros Martín</i> |
| 07. Protocolo de recogida de muestras médicas | <i>Bárbara Rubio Gribble</i> |
| 08. Diagnostico del abuso sexual: aspectos clínicos | <i>José María Arribas Blanco</i> |
| 09. Evaluación psicológica del abuso sexual | <i>Soledad Galiana Carmona, Helena de Mariana</i> |
| 10. Tratamiento médico del abuso sexual en la infancia | <i>Jesús García Pérez</i> |
| 11. Intervención psicológica con menores víctimas de abuso sexual | <i>Soledad Galiana, Helen Mariana</i> |
| 12. Atención a menores en situación de abuso desde los Serv. Sociales | <i>M^a. Ángeles Castrillo Ortiz</i> |
| 13. Comisión de Tutela del Menor | <i>M^a Ángeles García Llorente</i> |
| 14. Atención desde la Dirección General de la Mujer | <i>Rosario Casado Martín</i> |
| 15. Fiscal de Menores | <i>Félix Pantoja Martín</i> |
| 16. Aspectos jurídico-penales: violencia sexual en la infancia | <i>Emelina Santana Páez</i> |
| 17. Actuación policial en el maltrato infantil | <i>Elena Palacios Tejero</i> |
| 18. El Defensor del Pueblo ante el abuso y la explotación sexual infantil | <i>Manuel Aznar López</i> |
| 19. Prevención | <i>José A. Díaz Huertas</i> |
| 20. Investigación en abuso sexual | <i>José Manuel Morales González</i> |

Índice

- Historia
 - Antigüedad
 - Psicología - psicoanálisis
 - Medicina
- Concepto
- Tipos
- Violencia hacia la mujer
- Epidemiología

Los abusos sexuales de menores han existido siempre, pero solo recientemente han comenzado a ser objeto de estudio y preocupación social.

Historia

Los datos históricos que conocemos hacen referencia de la infancia, en mayor medida, acerca de la discriminación, maltrato y al no reconocimiento del niño como objeto de derecho. Según DeMause "La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace poco, cuanto más se retrocede en el pasado más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror, y los *abusos sexuales* y más bajo es el nivel de la puericultura".

- Antigüedad

La mitología griega y egipcia recoge las creencias del pueblo sobre la historia fabulosa de los dioses y de los héroes de la antigüedad pagana.

El incesto esta recogido en la mitología griega: los dioses Cronos y Rea, hijos de Gea y Urano, se casaron y tuvieron, entre otros hijos, a Zeus y Hera que a su vez también se casaron; Edipo se casa con su madre Yocasta a la que posteriormente mataría; Fedra se enamora de su hijastro Hipólito a quien hace proposiciones que este rechaza, lo que provocara falsas acusaciones por parte de su madrastra que tendrán como consecuencia su muerte.

La Biblia presenta numerosas referencias al maltrato infantil pero, específicamente al abuso sexual son escasas. En el Antiguo Testamento se recoge que "*Si alguien toma por esposa a su hermana, hija de su padre o hija de su madre, es una ignominia. Serán exterminados en presencia de los hijos de su pueblo*" (Levítico 20,17) y como "*Absalon hijo de David mato a su hermano Amnón por haber violado a su hermana Tamar después de engañarla*" (2º Libro de Samuel 13, 19-21).

La *ablación quirúrgica del clítoris* definida como la modificación innecesaria de los genitales femeninos (JAMA) no es una costumbre musulmana como pudiera deducirse por la religión de la mayoría de los países en que se practica: diferentes países asiáticos y africanos, ya que también se presenta en Australia y en mujeres inmigrantes de estos países. Se estima que actualmente entre 100 y 130 millones de mujeres de 40 países son objeto de ablación quirúrgica del clítoris y que al día se realizan aproximadamente 6000.

El origen de esta costumbre es oscuro. Las primeras referencias las encontramos en el historiador griego Herodoto (450 aC) y el examen médico de momias egipcias ha confirmado esta practica entre ricos y pobres.

En algunas culturas las hijas y también las esposas eran "*prestadas*" a los huéspedes como un acto de hospitalidad, encontrando referencias de ello en los cuentos irlandeses, en la literatura francesa medieval, y entre los esquimales y tribus primitivas de América del Norte.

- Psicología - psicoanálisis

Freud presento 18 casos diagnosticados de *histeria* que relaciono inicialmente con abusos sexuales en su infancia y posteriormente atribuyó al Complejo de Edipo.

La *Teoría de la seducción* formulada por Sigmund Freud en 1896 en el artículo la *Etiología de la histeria* proponía una explicación revolucionaria para la época acerca de los trastornos mentales: las neurosis se debían a traumas sexuales ocurridos en la infancia que denominaba como "*escenas sexuales infantiles*" o "*intercambios sexuales en la infancia*". Consideraba que el niño había sido expuesto deliberadamente por un adulto a dichas situaciones traumáticas.

Posteriormente, en 1898 ante las presiones que sufrió de la comunidad científica de su tiempo al poner de manifiesto esta problemática, renuncia a la realidad de la teoría de la seducción y defiende que en la mayor parte de los casos estos no eran reales, sino fantaseados por los propios niños. Seguramente Freud acabó haciendo esta interpretación presionado por el posible escándalo social y, sobre todo, porque sus postulados sobre el Complejo de Edipo le llevaban a pensar que los niños, ya en el período preescolar, sentían deseos sexuales especialmente orientados hacia el progenitor del sexo opuesto. Estos deseos no realizados podrían

facilitar fantasías e interpretaciones erróneas de determinadas conductas y situaciones que acabarían recordando posteriormente como reales.

En realidad Freud, que tuvo la genialidad de sospechar la alta frecuencia de los abusos sexuales de menores y sus efectos negativos posteriores, contribuyó negativamente a que se formaran dos ideas erróneas que han tenido una gran importancia social, al creer que los niños:

- están interesados en mantener actividad sexual con los adultos. De esta forma se les responsabiliza total o parcialmente de estas conductas.
- no dicen la verdad cuando afirman haber sufrido abusos sexuales por parte de los adultos.

El psicoanálisis considera traumáticas las experiencias sexuales entre niños y adultos, como demuestran de forma clara numerosos escritos de Freud y de sus discípulos. Como es sabido, el psicoanálisis considera que una adecuada evolución conlleva la renuncia de los niños a sus deseos sexuales edípicos y el respeto de los adultos a la sexualidad de los niños.

Kinsey en la década de 1950, publicó los resultados de su investigación sobre 4.441 mujeres de raza caucásica de 16 a 50 con mayor frecuencia de clase media-alta en torno a los cincuenta años, incluyó en su investigación algunos ítem que le permitieron obtener informaciones valiosas sobre los abusos sexuales. El dato más sobresaliente es el reconocimiento de que aproximadamente el 24% de las mujeres habían sido víctimas de abusos sexuales con y/o sin contacto físico, de ellos el 9.2% con actividad sexual antes de los 18 años durante la infancia. Pero Kinsey minusvalora, en algunos de sus comentarios, los posibles efectos de estos abusos: "Es difícil comprender, salvo por los condicionamientos culturales, por que a un niño puede sufrir daño si le tocan los órganos genitales".

Otros autores también confirmaron la alta frecuencia de los abusos sexuales, pero seguramente no se daban las condiciones sociales para que fueran reconocidos porque la sexualidad en general y este tema en particular, estaban sujetos a numerosas creencias erróneas y sobre todo sometidos a la ley del silencio.

Hasta los años sesenta se pensaba que los abusos sexuales eran poco frecuentes, afectaban casi solo a las mujeres, tenían lugar fuera de la propia familia, el agresor era un desconocido y las víctimas eran consideradas como seductoras o provocadoras de la agresión.

Hubo que esperar a los años sesenta para que se crearan las condiciones sociales y científicas que permitieron el reconocimiento social de este problema y el estudio científico de su incidencia y su importancia clínica. En los años sesenta, de forma asociada a la llamada revolución sexual, se crearon las condiciones para que las personas pudieran hablar de sus experiencias sexuales y, por tanto, también de sus experiencias infantiles negativas.

Desde los setenta hasta los ochenta, se llevaron a cabo numerosos estudios que pretenden cuantificar la frecuencia de los abusos, el tipo de abusos y sus efectos a corto y largo plazo. Para ello se estudian diferentes muestras, se hacen comparaciones entre grupos que han sufrido abusos y grupos que no los han sufrido y se estudian muestras especiales en las que supuestamente los abusos han actuado como uno de los factores desencadenantes o concomitantes (depresivos, delincuentes, prostitutas, etc.).

En 1996 en Estocolmo (Suecia) se celebró el Congreso Mundial contra la explotación comercial sexual infantil.

- Medicina

En el reconocimiento histórico del maltrato físico podemos destacar dos hechos:

- el caso de la niña de nueve años de edad Mary Ellen Wilson detectado por Etta Wheeler (Nueva York, 1874), atada a la cama, golpeada, herida con tijeras, con desnutrición severa,..., problema que la legislación no contemplaba, por lo que no pudieron intervenir ni la policía, el abogado del Distrito, ni el Departamento de Beneficencia del Estado. El proceso judicial fue ganado en base a la legislación existente para la protección de los animales y el apoyo de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales y su presidente Henry Berg, al considerarla con los mismos derechos que los animales.

A raíz de ello se fundó la Asociación Americana para la Prevención de la Crueldad con los Niños y el presidente de la Asociación Americana de Pediatría, Abraham Jaccobi, formó en 1882 un comité para colaborar con la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Niños.

- la publicación del artículo de Henry Kempe en 1962 titulado Síndrome del niño apaleado (Battered Child Síndrome) término utilizado para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico, generalmente efectuadas por sus padres o cuidadores.

A partir de este momento comienzan a publicarse numerosos trabajos contribuyendo al conocimiento del abandono y maltrato infantil, ampliándose el concepto de los malos tratos físicos con otras formas: niño zarandeado, síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato emocional, etc.



Foto 1. Mary Ellen Wilson la niña maltratada **Foto 2.** Etta Wheeler quien posibilitó la intervención

El abuso sexual sigue siendo un problema desconocido en el que existe una falta de reconocimiento del problema e incluso se cuestionan las cifras de estudios epidemiológicos avalados por una rigurosa metodología y por las instituciones y profesionales que los realizan.

Ambrosio Tardeau, Catedrático de Medicina Legal en París, publicó en 1857 la primera edición de un libro sobre violaciones titulado *Estudio médico legal sobre atentados contra la moral*, que en la 6ª edición publicada en 1878 revisaba el periodo de once años (1858 - 1869) citando 11.576 casos de violación o intento de violación en Francia. De estos casos, 9.125 (80 por cien) estaban implicados como víctimas niños, fundamentalmente niñas entre 4 y 12 años de edad. Tardeau había intervenido personalmente en 616 casos, correspondiendo 339 a violaciones o intentos de violación en niños menores de once años.

Paul Bernard en 1886 informa que en el periodo de 1827 a 1870 se denunciaron en Francia 36.176 casos de *violaciones y ataques a la moral* de niños menores de 15 años. El autor sorprende por la gran cantidad de casos de incesto encontrados y por el número de individuos con un alto grado de educación acusados de atacar sexualmente a niños.

Kempe en 1978 de nuevo llamó la atención sobre el maltrato infantil, esta vez referente al abuso sexual como un problema oculto, desconocido para la pediatría.

El embarazo, no ya en adolescentes, sino en niñas nos pueden ayudar a acercarnos al conocimiento de la magnitud de este problema. La historia de los abusos sexuales recoge dos casos de madres – niñas.

La madre más joven del mundo, la niña peruana Lina Medina que el 14 de mayo de 1939 fue madre de un niño que pesó 2.700 grs. al nacer por cesárea cuando contaba la edad de 5 años y 8 meses. Esta niña que inició sus menstruaciones a los 7½ meses, constituye médicamente el ejemplo más notable de menarquía y madurez sexual precoz de origen constitucional que se negó a identificar al padre.

Pero no es el único caso. Otra niña de seis años y medio con pubertad precoz en 1931 quedó embarazada de su abuelo, terminando el parto con una perforación en feto muerto.



Fotos 3. Lina Medina embarazada

Foto 4. Lina con su hijo de un año de edad

Concepto

Los abusos sexuales a menores son una forma de maltrato infantil con implicaciones especiales por los efectos en el niño, el ataque a la dignidad de la persona, la utilización del engaño y la fuerza, las características del agresor, las circunstancias que rodean los episodios de los abusos, etc.

De entre las distintas definiciones de abuso sexual infantil que existen destacamos tres:

- *Los contactos sexuales e interacciones entre un niños y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor. (National Center of Child Abuse and Neglect, 1978).*
- *La utilización del niño por parte de un adulto con vistas a la obtención de placer o beneficios económicos (Council of Scientific Affairs of AMA. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. JAMA, 1985; 254:796-800)*
- *La participación de niños y adolescentes, dependiente e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender, que son inapropiadas a su edad y a su desarrollo psicosexual, para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado, o que han sufrido presionados por violencia, seducción, amenazas o engaños, o que transgrede los tabúes y las reglas familiares y sociales (Kempe H, Helfer RE, 1978)*

Los tres criterios más utilizados para establecer el concepto de abuso sexual infantil son:

1. *asimetría de edad*. la edad de la víctima y del agresor,
2. *coerción*: las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima y
3. *el tipo de conductas sexuales* que tienen lugar entre ambos.

La mayor parte de los autores usan, como criterio de edad máxima de la víctima entre los 15 y 17 años. Por encima de esta edad las mismas conductas no deberían ser considerados abusos sexuales de menores, sino violación o acoso sexual.

El agresor, suelen indicar los diferentes autores, debe tener entre 5 y 10 años más que la víctima. Algunos precisan este criterio exigiendo 5 años de diferencia entre el agresor y la víctima cuando ésta tenga menos de 12 años, y 10 años de diferencia cuando ésta supere dicha edad. Algunos autores, además, piensan que solo debe hablarse de abuso sexual si el agresor tiene, en todo caso, más de 15 años.

Otros creen que el empleo de la fuerza, la presión o el engaño, con menores, independientemente de la edad del agresor, también debe ser considerado abuso sexual. Por ello, pueden darse también abusos sexuales entre niños de la misma o parecida edad.

La *asimetría de edad* impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

La *coerción* (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada, por sí misma, criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual a menores, independientemente de la edad del agresor.

Por consiguiente, consideramos que siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez) entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas. Este concepto tiene la ventaja de incluir también las agresiones sexuales que cometen unos menores sobre otros.

Tipos

Los abusos sexuales se clasifican según la gravedad del acto pueden describirse tres tipos de abusos:

- a. Abusos de la *esfera sensorial*, del ámbito de la excitación, por ejemplo: llamadas telefónicas, exhibicionismo público o privado, imágenes pornográficas, conversaciones salaces en presencia de menores,...
- b. Abusos del *estadio de estimulación*: los contactos eróticos o pornográficos, besos, caricias, tocamientos,...
- c. Abusos a *nivel de realización*: violación, tentativas de coito o coito con o sin penetración anal, vaginal u oral.

Las conductas abusivas pueden implicar contacto físico o no. El contacto físico incluye toda conducta en la que el agresor toque zonas de claro significado sexual (caricias de pechos o genitales, coito vaginal, anal u oral, etc.). Otras conductas, aunque no incluyen contacto físico, pueden también tener carácter abusivo, como el exhibicionismo, la petición expresa de realizar actividades sexuales, etc.

Los abusos sexuales pueden darse en las siguientes conductas (Cuadro 1):

Cuadro 1. Tipos de abusos sexuales a menores

Conductas físicas	Con contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Violación</i>: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto (sin el consentimiento de la persona) 2. <i>Penetración digital</i>: inserción de un dedo en la vagina o en el ano 3. <i>Penetración vaginal o anal con el pene</i> 4. <i>Penetración vaginal o anal con un objeto</i> 5. <i>Caricias</i>: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración 6. <i>Sodomía</i> o conductas sexuales con personas del mismo sexo 7. <i>Contacto genital oral</i> 8. Involucrar al niño en <i>contactos sexuales con animales</i>
	Sin contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Propuestas verbales</i> de actividad sexual explícita 2. <i>Exhibicionismo</i>: acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada 3. Obligar a los niños a ver <i>actividades sexuales de otras personas</i>. Por ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito, ver pornografía 4. <i>Falsas alegaciones</i>
Explotación sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de <i>pornografía</i> 2. Promover la <i>prostitución infantil</i> 3. <i>Turismo sexual</i> 	
Culturales	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ablación quirúrgica</i> del clítoris 2. <i>Casamiento de niños</i> sin su consentimiento 	
Omisión	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Consentimiento pasivo</i> 2. <i>No atender a las necesidades del niño</i> y a su protección en el área de la sexualidad 	

Esta clasificación puede cruzarse con el grado de relación entre el autor de del abuso y la víctima. De esta forma se puede distinguir fácilmente entre los abusos intrafamiliares (calificados de incestuosos) y los extrafamiliares (próximos a la víctima o desconocidos).

El *incesto* es el contacto físico sexual o relación sexual por un pariente de consanguinidad lineal (padre/madre, abuelo/a, hermano/a, tío/a, sobrino/a). Se incluye también el contacto sexual con figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales (padres adoptivos, padrastros, parejas estables,...).

En la actualidad esta emergiendo una serie de casos nuevos de abuso sexual, que se empezaron a detectar en países anglosajones, como casos de abuso en procedimientos de custodia y divorcio, de rituales satánicos, niños en acogimiento familiar o adopción, atendidos en instituciones y niños con discapacidades. Violencia hacia la mujer

El abuso sexual infantil es más frecuente en las niñas que en los niños podemos también enmarcarlo dentro de la situación de violencia hacia la mujer.

Las niñas a lo largo de la vida tienen mayor probabilidad que los varones de ser violadas o agredidas por miembros de su familia por no hablar de otros temas como la mutilación de los genitales, los abortos selectivos según el sexo, el infanticidio de los recién nacidos y lactantes del sexo femeninos por padres desesperados por tener un hijo varón, casamientos de niñas, etc. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Violencia contra la mujer

Fase	Tipo de violencia
Prenatal	Abortos selectivos según el sexo; Efectos sobre el recién nacido de la violencia durante el embarazo
Infancia	Infanticidio femenino Maltrato físico, emocional y/o sexual
Niñez	Maltrato físico, emocional y/o sexual Incesto Prostitución infantil y pornografía Matrimonio infantil: Mutilación genital femenina
Adolescencia y vida adulta	Violencia durante el cortejo y el noviazgo (p.e. alteración de bebidas y violaciones) Sexo forzado por razones económicas Incesto Abuso sexual en el sitio de trabajo; Acoso sexual Violaciones. Embarazos forzados Prostitución y pornografía; Tráfico de mujeres Violencia conyugal; Violación marital; Homicidio conyugal Maltrato físico y homicidio; Maltrato emocional - psicológico Abuso de mujeres discapacitadas
Vejez	Suicidio forzado u homicidio de viudas por razones económicas; Maltrato físico, emocional y/o sexual

Fuente: OMS. 6ª Sesión Plenaria, 25 de mayo de 1996 A49-VR-6

Frecuencia

La incidencia o número de casos nuevos que ocurren durante un determinado período es muy variable de unos países a otros y de unos períodos a otros dentro del mismo país.

Los datos sobre incidencia, son más indicativos de como funcionan los profesionales y servicios sociales de un país que del número de casos reales que se han dado. La mayor parte de los casos de abusos no son denunciados.

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc., condicionan el conocimiento del número de casos. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un *Iceberg*, estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales (Figura 1).

Figura 1. Piramide – iceberg del conocimiento del maltrato infantil



Fuente: Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action, and Mental Health. Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children WHO/FHE/CHD/94.1. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 1994

Existen una serie de mitos y falsas creencias que influyen en este desconocimiento de las magnitudes reales de este problema (Cuadro 4).

Cuadro 4. Mitos y falsas creencias (Gutiérrez P, 1997).

Son poco frecuentes Solo los sufren las niñas Hoy mas que en el pasado Quienes cometen los abusos están locos Solo se dan en circunstancias especiales Los niños no dicen la verdad	Los niños son responsables de los abusos Los niños pueden evitarlos Si ocurre algo a un niño cercano nos enteraremos Los familiares los denuncian cuando ocurre en la familia Los agresores son casi siempre desconocidos Los efectos son casi siempre muy graves Los abusos van acompañados de violencia física
--	--

Al desconocimiento del problema contribuye la falta de notificación de los casos conocidos por los profesionales

Los profesionales (en países sobre los que tenemos datos y en los que cabría esperar una actitud más abierta a la denuncia, como en Estados Unidos) no comunican más de la mitad de los casos que llegan a conocer y es posible que los hospitales tiendan a denunciar sólo los casos en los que ha habido daño físico, los servicios sociales cuando participan en alguna actuación motivada expresamente por esta causa, la familia cuando el agresor es un desconocido, etc. Es decir, hay numerosos sistemas de ocultamiento que empiezan por la propia víctima y se extienden a toda la red social que debería hacer lo posible por conocerlos y denunciarlos (Cuadro 3).

Cuadro 3. Motivos de los profesionales para no denunciar los casos de abusos sexuales conocidos.

Falta de conocimientos sobre	Concepto de abuso Obligación de denunciarlo Importancia de los posibles efectos para los niños Procedimientos a seguir	
Inadecuada percepción del	<i>Rol profesional:</i> Creer que no les corresponde a ellos. Que no es cosa suya <i>Deber cívico:</i> Creer que es meterse en la vida privada de los demás	
Atribución de costes profesionales negativos	Perdida de	Tiempo Clientes Dinero (si hay abandono del caso) Buena reputación
	Conflictos con la familia, el cliente o con el agresor Costes que supone verse involucrado en un proceso judicial Incomodidad personal por decirlo	
Atribuciones de coste a la ayuda profesional que se ofrece al cliente	Consecuencias negativas para	la relación profesional - niño, familia, ... la relación terapéutica trabajar con la familia
	Vulnerabilidad del principio de confidencialidad	
Atribuciones de costes para el menor, el agresor y la familia	Es peor para el menor; por su participación en el proceso, los posibles cambios familiares, etc. Se le hace demasiado daño a la familia El agresor no merece tanta persecución	
Atribuciones sobre la ineficacia del sistema social y judicial	No se podrá probar No nos creerán. No darán ninguna respuesta No harán nada al agresor o le sacarán de la cárcel a los pocos días La policía, los jueces, etc., son un desastre en estos casos	

Fuente: López F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Amarú, 1995: 114

En los últimos años se han iniciado diversos estudios para determinar la frecuencia de los malos tratos infantiles en nuestro país. De ellos destacamos los realizados en Cataluña, Andalucía, Madrid, Castilla - León, Valencia, de ámbito nacional relativos a los expedientes existentes en los servicios de protección a la infancia y sobre abuso sexual (Cuadro 5).

Cuadro 5. Porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España

	Cataluña		Andalucía 1995	España 1995 ¹	Guipúzcoa 1995 ²	Madrid 1995 ¹	Castilla – León 1993 ³	Abuso sexual 1994 ⁵	Valencia 2000 ⁶
	1991	2000							
Negligencia	78,5 %	50,4%	72,2 %	79,1 %	49,4 %	47,5 %	92 %	-	89,4 %
Maltrato emocional	43,6 %	26,5%	45,4 %	42,5 %	17,4 %	9,1 %	82-65 %	-	12,8 %
Maltrato físico	27 %	10,5%	22 %	30,1 %	8,1 %	18,5 %	31 %	-	19,6 %
Explotación laboral	9,3 %	1,7%	9,4 %	4,2 %	0,5 %	1,3 %	4,0 %	-	-
Mendicidad	-	--	14,3 %	9,3 %	1,2 %	-	-	-	-
Corrupción	-	1,2%	16 %	4,2 %	1,5 %	-	-	-	-
Abuso sexual	2,8 %	6,6%	3,6 %	4,2 %	1,8 %	0,5 %	-	20 %	4,9 %
Maltrato prenatal	3,1 %	2,8	-	5,0 %	-	1,6	-	-	-
Tasa de incidencia	5 ■	5,6 ■	15 ■	0,44 ■	15 ■	3,5■	11,5 % ⁴	-	0,86 ■
Numero de casos	7.590	6.524	4.714	8.575	189	3.888	848	2.100	1.379
Numero expedientes	-	-	-	32.483	-	4.916	-	-	3.565

¹ Expedientes de protección al menor

² Demanda potencial calculada a través de diferentes profesionales.

³ Se investigan aquí menores minusválidos a partir de los archivos de protección de menores.

Se distingue dentro de esta tipología una modalidad activa (abuso emocional, 65 por cien) y una modalidad pasiva (abandono emocional, 82 por cien).

⁴ El 11 por ciento representa la prevalencia del maltrato infantil en la población minusválida tutelada en Castilla y León.

⁵ Encuesta realizada a 2100 personas mayores de 18 años de ambos sexos sobre experiencias de abusos sexuales en su infancia

⁶ Expedientes de protección al menor incoados en la Comunidad Valenciana los años 1997-98 (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2000)

En general podemos decir referente al abuso sexual que:

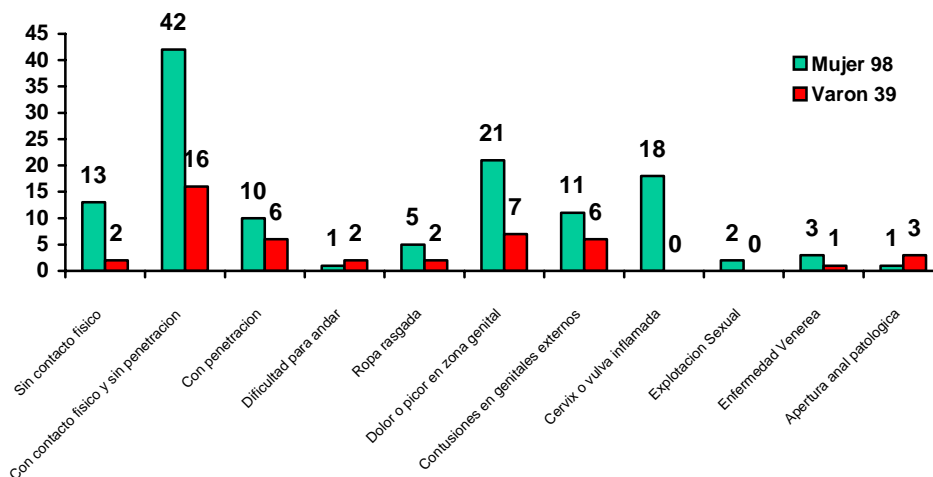
- Aproximadamente 20 chicas de cada 100 y 10 chicos de cada cien sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años.
- Casi la mitad de las personas que sufren abusos les ocurre más de una vez. En bastantes casos varias veces.
- No existen indicios de que la prevalencia del abuso sexual esté aumentando, si bien puede que la incidencia sea mayor derivada del incremento de factores de riesgo: divorcios, padres adoptivos-padrastros, trabajo de la madre fuera del hogar, "canguros", etc.

En España, la única investigación existente sobre datos de prevalencia encontró un 19 por cien de la población adulta con antecedentes de haber sufrido abusos sexuales en la infancia (15 por cien de los varones, 22 por cien mujeres), siendo las niñas entre los 11 y 12 años la población de mayor riesgo

En el Hospital Clínico-San Juan de Dios de Barcelona se realizó en 1994 una revisión, que detectó 18 casos: de ellos en seis se confirmaron los abusos sexuales, uno de ellos correspondiente a un niño de un mes que falleció, y en cuatro la historia clínica era compatible con el problema.

Registro de casos del ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid ha recibido de 1 de enero de 1999 a 30 de junio de 2000 539 notificaciones, de ellas 137 corresponden a abuso sexual (98 mujeres; 29 varones).

Grafica 1. Notificaciones de abuso sexual al Registro de casos del ámbito sanitario de la Comunidad



La población con *retraso mental* moderado es particularmente vulnerable al abuso sexual, ya que el desarrollo e interés sexual aparece a la misma edad que en la población normal. La poca capacidad para comprender y desarrollar su curiosidad sexual, deseo de tener amigos entre la población no retrasada y tipo de relación que establecen con los profesionales y adultos a su cargo los convierte en vulnerables para el abuso y explotación sexual

Los datos epidemiológicos indican que no existen características familiares y demográficas que puedan ser excluidas para la identificación clínica del abuso sexual, si bien existen factores de riesgo como niñas más que niños, edad preadolescentes y adolescentes de pocos años, tener padrastro, no vivir con los padres biológicos, madre con problemas psicológicos, crianza inadecuada, presenciar conflictos familiares, circunstancias que deben considerarse en el diagnóstico.

A nivel mundial:

Estudios realizados en Estados Unidos revelan que un 27 por cien de las mujeres y un 16 por cien de los hombres fueron víctimas durante su infancia de algún tipo de agresión sexual.

En Europa existen estudios como el realizado en 1985 sobre 9.000 niños de 15 años en Finlandia, que encuentran entre el 6-8 por cien de las niñas y 1-2 por cien de los niños habían sufrido experiencias calificables de abusos sexuales

Otra forma de abuso sexual es el turismo sexual. Adultos de países desarrollados, con leyes y costumbres sociales no permisivas para las relaciones sexuales con niños, se trasladan a otros países en los que la pobreza obliga a comercializar a los niños con sus cuerpos.

El Grupo de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) para la Convención de los Derechos del Niño, formado por ONGs de 18 países, en el Congreso Mundial contra la Explotación Comercial Sexual de la Infancia celebrado en 1996 en Suecia, presentó un informe sobre la incidencia, en el que estimaban en 200.000 niños implicados en Tailandia (1996), 60.000 en Filipinas (1995), 500.000 en Brasil (1992), y en Taiwan existía constancia de que 1.978 niños habían sido vendidos entre 1987 y 1995.

Índice

Lesiones de piel y mucosas
 Quemaduras
 Traumatismos abdominales
 Traumatismo de cráneo
 Fracturas óseas
 Intoxicaciones
 Diagnostico diferencial
 Negligencia y abandono
 Tratamiento

Los malos tratos se asocian al maltrato físico, que si bien es la forma más fácil de identificar no es la más frecuente. El maltrato físico puede estar asociado a otras formas de maltrato: negligencia, maltrato emocional y abuso sexual

En el caso del abuso sexual, debemos considerar que se pueden presentar lesiones:

- físicas por la violencia ejercida para cometer el abuso,
- cutaneomucosas asociadas al abuso especialmente quemaduras en las zonas genitales,
- que pretenden justificar como accidentales (golpe con el manillar o barra de la bicicleta, caída en los columpios / toboganes,...) especialmente en la zona genital.

Así mismo, pueden presentar intoxicaciones, especialmente por bebidas alcohólicas y otras drogas (psicotropos) , como facilitadores, inhibidores internos de la víctima.

En cualquier caso las negligencias graves en el cuidado físico, alimenticio y sanitario a los niños, por parte de los padres o tutores, y los malos tratos físicos producen elevada morbilidad y mortalidad en los menores de 3 años.

Los malos tratos van a tener consecuencias sobre el crecimiento y desarrollo del niño con repercusiones clínicas que pueden ser motivo de consulta como: anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, retraso crecimiento no orgánico,... Problemas físicos en los que también debe considerarse como posible etiología el maltrato emocional o los efectos emocionales del maltrato.

Las lesiones de piel y mucosas representan la forma más frecuente de maltrato físico; las quemaduras, las formas más espectaculares, y los traumatismos craneoencefálicos provocados la causa más frecuente de muerte. Otras formas graves de malos tratos son las lesiones de vísceras huecas o sólidas, las fracturas óseas y las intoxicaciones no fortuitas.

Las lesiones físicas provocadas tienen características específicas de localización, forma y color, que las diferencia de las producidas de manera fortuita. Los profesionales relacionados con los niños, deben estar familiarizados con las lesiones no casuales, lo que facilitará el diagnóstico; éste se realiza por la exploración física, teniendo las pruebas complementarias, excepto las de imagen, un papel secundario.

Lesiones de piel y mucosas

Las lesiones cutáneas más frecuentes son: hematomas (40%), desgarros y arañazos (20%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras.

Las lesiones cutaneomucosas provocadas por malos tratos pueden ser producto de: 1. Golpes o lanzamientos contra objetos duros que provocan hematomas, equimosis, fractura ósea y rotura de tejidos;

2. Quemaduras; 3. Arrancamiento de dientes, pabellón auricular, ala y tabique nasal, cabellos, uñas; 4.

Lesión por mordisco, en extremidades y pabellones auriculares; 5. Heridas por arma blanca, objetos punzantes, romos cortantes; 6. Otros: tatuajes, marcas, úlceras de decúbito o lesión del pañal abandonado.

- *Localización de la lesión.* La zonas más frecuentemente lesionadas son las tradicionales del castigo : glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal de brazo y piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Los hematomas y lesiones fortuitos, no provocados, suelen aparecer en zonas prominentes del organismo que actúan de choque, tales como barbilla, codos, rodillas y espinilla. Las lesiones cutáneas bilaterales son casi siempre provocadas, así como aquellas incompatibles con el desarrollo motor de los niños (Cuadro 1 y 2).
- *Forma.* La forma de la lesión depende del objeto agresor y de su fuerza impulsora. Con frecuencia la huella del objeto agresor (dedos, cinturón, hebilla, cable eléctrico, objetos de uso doméstico) queda impresa sobre la piel golpeada.
- *Color.* El color de las lesiones de la piel es dependiente de su antigüedad y de la profundidad del tejido lesionado. Cuando es profunda la visualización del hematoma puede tardar horas o días, lo que dificulta su reconocimiento. Los cambios de coloración de los hematomas permiten detectar la contradicción

entre la fecha estimada por la exploración y la obtenida para la anamnesis; en cuyo caso, el diagnóstico de maltrato es altamente sugestivo (Cuadro 1 y 2),

Cuadro 1. Diagnóstico lesiones por maltrato físico

Retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria Padres alegan accidentes sistemáticamente Historia inaceptable, discordante o contradictoria Lesiones en diferentes estadios de evolución y asociadas a otras manifestaciones de maltrato

Cuadro 2. Diagnóstico de lesiones provocadas o accidentales

Lesiones	Provocadas			Accidentales
Hematomas Equimosis Laceración Heridas	Parte próxima extremidades, zonas laterales de la cara Orejas y cuello genitales y glúteos Lesiones de diferente localización Identifican huellas de mano/dedos, arcada dentaria, cable eléctrico, hebilla, plancha,...			Cara - frente Barbilla - mentón Codos, espinilla Crestas ilíacas
Mordisco	> 3 cm de separación entre la huella de caninos			< 3 cm
Color	Negrusco, azul oscuro Rojo violáceo Rojo púrpura Verdoso Amarillento	Tiempo de spués del traumatismo	Inmediato Reciente No reciente Antigua Muy antigua	< 1 día 1 o 5 días 5 a 7 días 7 a 10 días 2 a 4 semanas

Quemaduras

Las quemaduras provocadas pueden estar producidas por contacto de un líquido caliente con la piel (escaldadura) o de un sólido (quemadura seca).

Las escaldaduras son las más frecuentes (70 por cien) afectando a cara, mentón, cuello, área de la corbata, dorso de manos y en ocasiones de pies; estas quemaduras no son muy profundas ni extensas y se acompañan cuando son fortuitas, de puntos periféricos a la quemadura central, por salpicaduras. Se producen en la cocina o el baño, siendo el líquido caliente agua, sopa, té o café.

La escaldadura por inmersión es típica del maltrato y adquiere formas que la hacen sugestiva de esta etiología. Son quemaduras delimitadas, bordes nítidos, frecuentemente simétricas, profundidad uniforme, que afectan preferentemente a las zonas tradicionales de castigo, glúteos, manos y pies, y adoptan formas de quemadura en guante (castigo por coger o romper objetos prohibidos), calcetín o quemaduras en casquete de glúteos al ser sentado en agua caliente (castigo por no control de esfínteres) o delimitados en glúteos y espalda.

La profundidad de las quemaduras de escaldadura depende de dos variables: *temperatura* del agua o líquido caliente y de la *duración* del contacto.

Las quemaduras por inmersión accidental suelen ser de primer o segundo grado; para que se produzcan la duración del contacto de la piel con el agua debe de ser mayor de 70 segundos a 52°C o de 14 segundos a 56°C, duración improbable para una quemadura accidental y temperatura excesiva para el agua caliente doméstica que se recomienda estar limitada para prevenir accidentes infantiles a 49° C. En la mayoría de los calentadores sin limitación de temperatura, el agua sale a 60° C, lo que requiere mas de tres segundos para producir quemaduras de segundo grado y más de 15 segundos para producir quemaduras de tercer grado.

Las quemaduras por contacto con objetos incandescentes son menos frecuentes que las anteriores (30 por 100), pero en ocasiones muy sencillas de identificar como provocadas al quedar impresa sobre la piel la huella del objeto agresor. Éstos, aunque de uso doméstico corriente, pueden ser muy diversos, tales como planchas de vapor o eléctricas, calentadores, utensilios de cocina, cigarrillos, etc. Las huellas nos permiten descifrar fácilmente la forma del objeto agresor. Las quemaduras por contacto pueden ser casuales cuando la superficie quemada es la no cubierta por las ropas, los bordes de la lesión no son nítidos y la quemadura no es profunda. Los niños pueden accidentalmente quemarse con objetos calientes, pero el tiempo de contacto es mínimo al producirse la retirada refleja, lo que impide la profundidad de la lesión.

Las quemaduras por cigarrillos son siempre provocadas, especialmente cuando son múltiples, redondeadas (el cigarro es aplicado sobre la piel, perpendicularmente) y en zonas cubiertas. Puede ser accidental solo cuando la quemadura es única, de bordes ovalados (aplicación tangencial) y en zonas descubiertas de la superficie corporal.

Las quemaduras por llama de fuego y las eléctricas suelen ser casuales, excepcionalmente provocadas. Únicamente cuando concurren otras lesiones propias de los malos tratos (hematomas, fracturas) o datos familiares sugerentes debe pensarse en esta posibilidad.

Las quemaduras provocadas pueden ser diferenciadas de las provocadas por las características de forma, profundidad, delimitación de bordes, simetría y localización (Cuadro 3),

Cuadro 3. Diagnóstico de quemaduras provocadas por maltrato infantil

Quemaduras		Provocadas	Accidentales
Escaldadura	Bordes Salpicaduras Forma Profundidad Grado Simetría	Nítidos, precisos Ausentes Calcetín o guante, glúteos en casquete Homogénea 1º y 2º Frecuencia bilateral	Difusos, irregulares Presentes No definidos No homogénea 2º y 3º Unilateral
Por contacto	Forma Bordes	Cigarrillos, plancha, radiador, tenedor Nítidos, precisos	No visible, no precisa Difusos
Localización		Zonas de castigo: orejas, mejillas, hombros, brazos, palma mano, pie, glúteos, genitales	Zonas descubiertas de la piel: frente, mentón, cuello, zona corbata, antebrazo
Demanda de ayuda		Diferida	Inmediata

Traumatismo de cráneo

Representa la principal causa de muerte de estos niños, estimándose que uno de cada 5 ó 6 niños maltratados físicamente sufren secuelas neurológicas permanentes.

Las lesiones de cabeza pueden ser traumatismos simples del cuero cabelludo manifestado por edema, alopecia traumática, cefalohematoma o desgarramiento del cuero cabelludo.

Las fracturas de cráneo provocadas suelen ser múltiples, aunque es difícil diferenciarlas de las fortuitas, excepto cuando están en diferente estado de consolidación, por haber sido provocadas en momentos diferentes, o cuando se acompañan de otras lesiones cutáneas sugestivas de maltrato. Las fracturas de cráneo fortuitas pueden pasar inadvertidas, por lo que su diagnóstico, al practicar radiografía de cráneo rutinaria, o su demora en la consulta, no deben hacer sospechar, en este caso, maltrato infantil.

Los traumatismos craneales provocados pueden producir lesión intracraneal severa, como edema cerebral, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, contusión intracraneal y hematoma parenquimatoso. Estas lesiones, pueden asociarse a lesiones externas de cara o cráneo, ya que el mecanismo de producción puede ser contusión craneal o sacudida. La sacudida violenta del niño produce rápida aceleración y desaceleración de la cabeza que provoca hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea sin lesión externa aparente. Estas hemorragias son más frecuentes en la zona parietooccipital posterior entre ambos hemisferios.

Las hemorragias retinianas pueden aparecer en el niño violentamente sacudido que desarrolla hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural; también pueden ser visibles en recién nacidos normales durante las primeras semanas de vida, provocadas por el traumatismo del parto, estas desaparecen en unas semanas. Las intoxicaciones por monóxido de carbono y la hipoxia severa tras parada cardiorrespiratoria producen también hemorragias retinianas.

Las sacudidas del tronco del lactante pueden producir también lesiones de las vértebras cervicales, luxación y fractura vertebral, así como lesiones medulares, a menudo ocultas por la gravedad del daño intracraneal.

Las manifestaciones clínicas de las lesiones intracraneales no se diferencian de las producidas por otras etiologías: hipertensión intracraneal, irritabilidad, letargia, convulsiones y coma. Debe realizarse TAC craneal a los niños maltratados, cuando se sospeche clínicamente daño intracraneal, o existan lesiones externas en cara y cráneo indicadores del maltrato. La resonancia nuclear magnética es muy útil para objetivar lesiones parenquimatosas de pequeño tamaño y daño del tronco cerebral. La presencia en la TAC de hematoma subdural bilateral o hematoma interhemisférico es característica de los malos tratos, especialmente cuando se demuestra hemorragia retiniana.

Traumatismos abdominales

Los traumatismos directos de las vísceras sólidas, hígado y páncreas, o indirectas por compresión entre el objeto agresor y la columna vertebral de estas vísceras o de las vísceras huecas, producen contusiones que son las responsables de la segunda causa de muerte de los niños maltratados. Estas *contusiones intraabdominales* pueden suceder sin lesión externa que oriente sobre la etiología traumática. Los traumatismos de vísceras sólidas producen hematomas y roturas hepática, pancreática, esplénica o renal.

Las vísceras huecas, especialmente duodeno, sufren hematoma intramural que puede conducir a *obstrucción gastrointestinal* alta, manifestada horas o días después por vómitos biliosos y distensión abdominal; cuando este diagnóstico es confirmado ecográficamente y radiológicamente, puede sospecharse con mucha certeza en menores de 3 años, el carácter provocado de las lesiones, ya que éstas únicamente aparece en accidentes de bicicleta por compresión intestinal del manillar y en niños físicamente maltratados.

La contusión pancreática puede producir *pancreatitis aguda*, manifestada por abdomen agudo con elevación de enzimas pancreáticos, tanto en suero como en líquido peritoneal. En ocasiones, el daño pancreático conduce a la formación de *pseudoquistes pancreáticos* en las siguientes semanas.

La exploración con ecografía y TAC del abdomen, así como la exploración de las vísceras sólidas con radionúclidos, son útiles para el diagnóstico y seguimiento de lesiones traumáticas abdominales.

Fracturas óseas

En los niños con sospecha de maltrato debe realizarse rutinariamente la exploración radiológica del esqueleto, ya que aparecen fracturas óseas, especialmente de los huesos largos, en uno de cada tres niños menores de tres años. Se sospechará esta etiología en las siguientes situaciones:

1. Historia de caída o traumatismo menor acompañada de lesiones mayores de lo esperado.
2. Fracturas metafisarias de los huesos largos, provocadas por las sacudidas, torsión o tracción violenta de las extremidades.
3. Fracturas en espiral de los huesos largos, especialmente en niños menores de 3 años.
4. Fracturas de costillas uni o bilateral, provocadas por la compresión brusca del tórax entre ambas manos o por la sacudida contra un objeto duro.
5. Hematoma diafisario perióstico.
6. Fracturas óseas múltiples en distintos estadios de consolidación.

En ocasiones, las lesiones óseas no son visibles radiográficamente, por ser pequeñas o muy recientes; en este caso, cuando persista sospecha fuerte de maltrato se indicará exploración ósea con isótopos. La repetición del estudio radiográfico óseo dos semanas después, objetivará lesiones anteriormente no visibles.

Es posible estimar la edad de las fracturas óseas. Las producidas recientemente cursan con edema blando perifractura visible clínica, ecográfica y radiográficamente. Las fracturas óseas pueden ser evidentes radiográficamente o no. En ocasiones las pequeñas líneas de fracturas son invisibles radiográficamente hasta 7-10 días después, cuando tienen lugar la reabsorción ósea y neoformación del periostio. Al finalizar la segunda semana, comienza a ser visible el callo de fractura; éste continúa calcificándose a lo largo de 8-12 semanas de forma que a partir del segundo mes el hueso fracturado está totalmente remodelado.

Cuadro 4. Diagnóstico de las fracturas óseas por maltrato

Extremidades	Múltiples en distintos estadios evolutivos Diafisarias en espiral u oblicuas Metafisarias en "asa de cubeta" o en "esquina" secundarias a mecanismo de torsión y tracción simultáneo Despegamiento subperióstico por hemorragia subperióstica Formación hueso nuevo superiástico aparecido a los 7-10 días en forma de calcificación lineal Fractura luxación y desplazamiento epifisario Cojera, acortamiento, deformación y desviación de extremidades como secuela
Cráneo	Múltiples, bilaterales, cruzando las suturas a veces conminutas, con hundimiento, o diastasadas, asociadas o no a hematoma subdural y/o hemorragias retinianas
Costillas	Múltiples, adyacentes, frecuentes en región posterior o lateral

Intoxicaciones

La intoxicación es una forma de maltrato que pasa fácilmente desapercibida, que se caracteriza por la ingestión de compuestos o sustancias químicas por un menor por acción intencionada o por negligencia manifiesta por parte de los padres o cuidadores que ponga en peligro la salud del niño o cause un daño.

Síntoma guía	Síntoma acompañante	Medicamento
Coma, obnubilación	Extrapiramidal, hipotermia	Barbitúricos, neurolépticos, fenotiazinas
	Ataxia, hiporreflexia	Benzodiazepinas
	Fetor enólico	Metanol, etilenglicol
	Hipertonía, hiperreflexia	Inhibidores monoamino oxidasa (IMAO)
	Color rosáceo de piel	Monóxido de carbono
	Hiperventilación	Acido acetil salicílico, etilenglicol, metanol
	Miosis, depresión respiratoria, hipotensión	Opiáceos, heroína
	Sudoración fría	Insulina
	Midriasis	Antidepresivos tricíclicos
Agitación, delirio	Midriasis, mucosas secas	Anticolinérgicos, antihistamínicos
Convulsiones generalizadas	Sudoración	Insulina
	Midriasis	Cocaína
	Sed	Hiponatremia, hipernatremia
	Midriasis	Simpaticomiméticos, IMAO
	Arritmias	Antidepresivos tricíclicos
Hiperventilación	Midriasis, hipoglucemia, acidosis metabólica	Metanol, etilenglicol, simpaticomiméticos, acido acetil salicílico
Arritmias		Digital, IMAO, simpaticomiméticos
Enfermedades raras	Incongruencia del perfil bioquímico	Sal, insulina, salicilatos, bicarbonato sodico

Diagnostico diferencial

El diagnostico diferencial se hará con:

Lesiones osteoarticulares	Congénitas	Osteogénesis imperfecta; Deficiencia de cobre	
	Adquiridas	Deficiencia nutricional de cobre Deficiencias vitamínicas: Raquitismo, Escorbuto	
	Infecciosas	Sífilis	
	Inducidas por drogas	Prostaglandinas; Metrotexate	
	Otras	Neuropatía sensorial hereditaria	
Lesiones cutaneomucosas	Equimosis	Mancha mongólica	
		Coagulopatías	· hemofilia · enfermedad de Von Willebrand · púrpura trombocitopénica idiopática
		De origen tumoral	· neuroblastoma · leucemia
		Vasculitis	· púrpura de Shonlein Henoch · eritema puntiforme
		Ingestión de drogas	· salicilatos · raticidas
		Síndrome de Ehlers- Danlos	
Quemaduras	Impétigo Torniquete por pelo Fitodermatitis Quemaduras solares		
Lesiones abdominales	Pseudoquiste pancreático Perforación intestinal Síndromes de malabsorción		
Tradiciones culturales	Cooping Coining Spooning Quemaduras locales intencionadas Mollera caída		

Negligencia y abandono

La negligencia en el cuidado de los niños puede ser tan grave que conduzca, por ausencia de estímulos afectivos y de los aportes diarios de agua y alimentos, a deshidratación y malnutrición en grado avanzado o tan crónica que lleve a retraso del crecimiento pondero-estatural, así como de las áreas madurativas, impidiendo o retrasando el aprendizaje. Estos tipos de negligencia-abandono aparece en hijos de padres adictos a la heroína, alcohólicos, así como en hijos de padres con facultades mentales perturbadas.

Debe sospecharse este tipo de maltrato en:

1. Los niños con retraso de la talla sin causa orgánica aparente que lo justifique (producido por la ausencia de estímulos afectivos, abandono emocional, hiponutrición crónica);
2. Retraso en las áreas del aprendizaje (lenguaje, capacidad de atención, motilidad, etc.);
3. Niños con aspecto sucio y descuidado o con alteraciones de su comportamiento (hiperactividad, ausencia de autoestima, conducta autolesiva, agresividad).

La detección de este tipo de maltrato es muy importante, no solo para la prevención de enfermedades orgánicas (infecciones de repetición, retraso del crecimiento) y prevención de las alteraciones de las áreas madurativas-afectivas-aprendizaje, sino por el riesgo, que tienen de adultos, de reproducción del modelo aprendido, así como a la desadaptación social y a la delincuencia.

Tratamiento

El tratamiento de los niños físicamente maltratados debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario que englobe los aspectos médicos, sociales y legales. Están implicados en la protección infantil diferentes organismos: Comisión de Tutela del Menor, Policía Judicial de Menores, Centro de Acogida de Menores, Servicios Sociales de la Comunidad, Ayuntamientos, Centros de Salud y Hospitales.

El papel del médico no es solo la curación de las lesiones físicas, sino la prevención, que se realiza detectando el caso (prevención de la repetición del maltrato), y detectando situaciones de riesgo (gemelaridad, prematuridad, riesgos sociales), al objeto de realizar, junto con otros profesionales, una prevención adecuada.

Las lesiones orgánicas deber ser tratadas evitando juicios ó actitudes, del personal médico o de enfermería, hacia los padres que impida la rehabilitación posterior de la familia y la incorporación del niño maltratado a su hogar.

El tratamiento de las lesiones graves, hemorragias intracraneales y lesiones abdominales debe realizarse con premura para evitar secuelas permanentes, cuando no la muerte. El cuidados de hematomas, quemaduras y fracturas óseas no difiere de las otras etiologías. La hospitalización tiene por objeto no solo el tratamiento de las lesiones físicas, sino también la preservación del maltratado del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección y tutela del menor intervengan, garantizando la integridad del niño. Actualmente es posible retirar la tutela paterna transitoria o permanentemente, de manera inmediata, en las situaciones de riesgo grave de maltrato.

Se emitirá un parte de lesiones, detallado y documentado con esquemas y fotografía en color al Juez de Guardia, tanto al ingreso, como semanalmente.

Se informará a los Servicios Sociales del Centro Sanitario, de la Comunidad o del Ayuntamiento para la investigación de la situación social del niño y su familia al objeto de aportar los recursos materiales que permitan la rehabilitación de la familia y cuando no sea posible o aconsejable, asuman la tutoría y cuidado del niño.

Índice

- Introducción
- Causas
- Quien. Agresor
- A quien. Víctima
- Como
 - Estrategias de los Agresores
 - Secuencia de Conductas
- Donde

Introducción

El abuso sexual ha existido desde siempre, pero no es hasta los años setenta cuando se empiezan a llevar a cabo estudios clínicos y epidemiológicos. En España con el estudio de Félix López en los años noventa empezamos a conocer la magnitud del problema y hacer una aproximación a sus causas, aunque como veremos mas adelante al ser un problema multicausal no es sencillo hablar del origen del abuso sexual al encontrarse múltiples tipos de agresores y víctimas así como de contextos maltratantes.

Causas

El abuso sexual no se conoce con exactitud porqué se produce, interviniendo en su etiopatogenia factores complejos que involucran a la víctima, el agresor y el ambiente que los rodea.

Los niños al ser pequeños, débiles y, por tanto, vulnerables son víctimas perfectas para el abuso sexual por múltiples razones, ya que:

- Por un lado, desde el principio se les enseña a respetar y a obedecer a sus padres y superiores que ejercen autoridad, y resultan ser fácilmente influenciados por ellos. De una manera natural confían en los adultos, y sienten curiosidad por todo, incluido el sexo, y
- Por otro lado, los niños necesitan afecto, y están continuamente buscando y reclamando atención, sobre todo aquellos niños con alguna discapacidad tanto física como emocional, y que por tanto dependen de la ayuda y soporte de otros. Estos son las víctimas más fáciles.

Para comprender mejor porqué se produce el abuso sexual, Finkelhor y Krugman describieron 4 condiciones para que se produzca el abuso sexual en niños.

Finkelhor y Krugman describieron cuatro condiciones para que se produzca el abuso sexual en niños `que nos puede ayudar a comprender mejor porqué se produce

- *Primera condición* está relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. Esta motivación suele venir de una "congruencia emocional", normalmente secundaria a experiencias previas de abuso sexual en la infancia. Así mismo el agresor debe de experimentar una excitación sexual cuando está con niños, y no suele ser capaz de tener relaciones sexuales normales con personas de edad madurativa similar.
- *Segunda condición* es la habilidad del agresor de vencer sus propias inhibiciones o principios morales para poder cometer el abuso sexual. Para ello, con frecuencia el agresor recurre al alcohol o las drogas.
- *Tercera condición* requiere vencer las inhibiciones externas. La inhibición externa más común es la presencia de un protector (frecuentemente la madre).
- *Cuarta condición* es vencer la resistencia del niño. Para ello el agresor utiliza medidas de presión, seducción o coacción.

Para entender la *primera y segunda de las precondiciones* Finkelhor (1986) propone explicaciones que pueden ayudarnos a entender lo que puede llevar a un a una persona a abusar sexualmente de un menor.

La primera de ellas la denomina "*congruencia emocional*". Según esta teoría, los agresores escogerían como víctimas a los niños porque éstos tienen para ellos un gran significado emocional. Determinadas necesidades emocionales de estos adultos se satisfarían en contacto con los niños, dado que dichas necesidades se adecuan a las características propias de los niños. Estas necesidades podrían tener su origen en la inmadurez emocional, la baja autoestima, traumas infantiles, el deseo de controlar la relación,

etc. Desde un punto de vista cultural es indudable que uno de los valores asociados al varón es el "ser dominante", "poderoso", "eficaz". Aspectos éstos que el ofensor puede obtener con más facilidad en la relación con los niños.

Esta explicación puede ser útil para entender a los pedófilos y, en general, a aquellos agresores que no usan la violencia, pero carece de una base experimental y clínica suficientemente probada.

Otros autores creen que el origen de los abusos sexuales está en que algunos adultos se excitan sexualmente más con los niños. Esta activación sexual (*Sexual Arousal*) puede tener orígenes diferentes. De entre todos ellos, el factor concreto que parece tener un mayor peso explicativo, es el hecho de haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia. Quienes sufren abusos sexuales cuando son niños, tienen más probabilidad de reproducirlos con otros, al llegar a la vida adulta, pues pueden aprender que está actividad resulta placentera a algunos adultos y, consiguientemente, tienden a repetirla. Este aprendizaje puede hacerse a través de la observación de modelos que obtienen satisfacción en estas conductas (como es el caso de la pornografía infantil) o por atribuciones erróneas a los niños (por ejemplo, la creencia en que los niños desean la relación sexual con los adultos, etc.). Por último, algunos autores no descartan que esta excitación sexual ante los niños pueda tener origen hormonal o genético.

Un tercer grupo de autores creen explicar mejor estas conductas atribuyéndolas a dificultades para relacionarse con otros adultos (*Bloqueo*). Los agresores sexuales se orientarían hacia los niños porque son incapaces de tener relaciones sexuales satisfactorias con otros adultos. Estas dificultades son explicadas de diferentes maneras según los autores (falta de habilidades sociales, dificultad para abordar mujeres o hombres adultos, inadecuada elaboración del complejo edípico, impotencia en el primer contacto sexual, abandono por parte del primer amor, etc.).

La dificultad para abordar mujeres u hombres adultos y la falta de adecuadas habilidades sociales han recibido confirmación experimental suficiente. Los problemas en las relaciones familiares están también, con frecuencia, asociados a este tipo de conductas, pero no necesariamente a los conflictos de tipo edípico.

Por último, algunos autores piensan que lo que mejor explica los abusos sexuales es la falta de control de algunos adultos (*Desinhibición*). La impulsividad, el retraso mental o la senilidad, el abuso del alcohol y la supresión del tabú del incesto son los factores explicativos concretos más citados. Los factores impulsividad y retraso mental o senilidad carecen de apoyo experimental, mientras está claramente confirmada la asociación del abuso de alcohol y la supresión del tabú del incesto, con los abusos sexuales.

Desde el punto de vista de la intervención preventiva y terapéutica se considera importante tener en cuenta los *factores intrafamiliares* más asociados a los abusos sexuales: abuso de alcohol, recurso habitual a la violencia, desempleo, ausencia del otro padre, problemas de pareja y problemas sexuales, haber sufrido ellos mismos abusos.

Quien. Agresor

El agresor no tiene un perfil típico. La inmensa mayoría son varones, 87 por ciento (de estos se estima que entre el 50 al 90 por ciento son < 18 años), aunque hay un porcentaje importante (13 por ciento) de mujeres agresoras, hasta el 90 por cien de los casos, los agresores son conocidos de la víctima, y hasta un 65 por cien son familiares de la misma (padres, padrastros, tíos, abuelos, primos y hermanos). Tan solo entre un 20 y un 35 por ciento de los abusos se deben a individuos desconocidos por la víctima. La victimización suele ser gradual. Es característico que el agresor primero se gane la confianza del niño, para luego seducirlo lentamente y finalmente forzarle al silencio.

La tipología del agresor es muy variada y las primeras teorías que hablaban de que el agresor era un perturbado mental, que tenía una fijación sexual o que tenían una madre excesivamente posesiva han resultado estar equivocadas y se ha pasado a estudiar los diversos y variados tipos de agresor.

Solo una minoría de los hombres encarcelados por abuso sexual infantil (del 25% al 33 %) tienen un interés primordial de tipo sexual hacia los niños, algo que pudiera describirse como una característica de la personalidad (pedofilia). La mayoría cometieron el abuso por lo que parecen ser motivos transitorios: una oportunidad fuera de lo normal, estrés, frustración de otros desahogos sexuales, etc.

Las raíces motivadoras de la agresión son muy diferentes, en algunos hombres se trata de una gratificación sexual, en otros es una necesidad de acercamiento, en otros de agresión, etc.

El interés sexual hacia los niños parece estar relacionado con un miedo a las relaciones sexuales con adultos, no obstante los adolescentes que abusan de niños/as tienen motivaciones diferentes, así como son diferentes las motivaciones de los hombres que abusan de niños muy pequeños de los que abusan de niños más mayores, y las raíces del exhibicionismo es muy diferente de la del incesto.

El alcohol parece tener una conexión con los patrones del abuso sexual infantil.

Cuadro 1. Por que los adultos abusan de los niños

Predisposiciones emocionales y psicológicas	Los abusadores encuentran a los niños atractivos por su falta de poder, inmadurez y sumisión Los abusadores repiten el abuso que sufrieron para recuperar su autoestima, se identifican con el agresor y consiguen recompensa por actuar como ellos Socialización de los hombres para dominar
Excitación sexual con los menores	Algunos individuos desarrollan excitación sexual con menores, a través del condicionamiento cuando son pequeños, modelos de sus primeras experiencias, anormalidades hormonales, mala atribución de la excitación , o socialización a través de pornografía infantil o anuncios
Factores que inhiben la relación sexual de adulto a adulto	Los abusadores tiene dificultad en relacionarse sexualmente con adultos Los abusadores tiene una habilidad social poco adecuada y por eso tiene dificultad en encontrar una pareja adulta La ansiedad sexual de capacidad los lleva a buscar una criatura sumisa, que no les juzgue, y no pondrá en peligro su amor propio El que abusa tiene una fijación de Edipo sin resolver Falta de acceso normal (p.e. el embarazo de su pareja) Normas represivas sobre la conducta sexual
Desinhibición	Impulso desorden Senilidad Dificultad para aprender (deficientes mentales) Alcohol o drogas Estrés situacional Tolerancia cultural y normas patriarcales
Motivaciones específicas	Los que abusan pueden estar motivados por beneficios, como en la producción de pornografía Se ha sugerido que algunos individuos y grupos utilizan el abuso sexual infantil en actividades rituales (p.e. satanismo) aunque faltan pruebas para demostrarlo

A quien. Víctima

De manera generalizada se estima que el 20 por ciento de las niñas y el 9 por ciento de los varones se ven involucrados en actividades sexuales inadecuadas para su desarrollo madurativo, con el fin de gratificar o estimular sexualmente al agresor.

Aunque el abuso sexual es más frecuente en niñas, los varones también se ven afectados, sin embargo es menos probable que estos lo denuncien. Según los estudios la variabilidad en la incidencia de abuso sexual en varones oscila entre el 6 y el 62 por ciento. Estudios de pedófilos indican que 2/3 de sus víctimas son varones. Con mayor frecuencia que en niñas, los varones son abusados por personas ajenas a la familia, y en más casos que en niñas el agresor es una mujer.

Los abusos sexuales se producen con la misma incidencia en todos los grupos étnicos, religiosos, y clases socioeconómicas.

Aproximadamente la mitad de los niños que sufren abusos tienen edades comprendidas entre los 8 y 12 años y entre el 30 al 46 por ciento han sido abusados en más de una ocasión.

Cuadro 2. Factores de riesgo que hacen a los niños más vulnerables

Género	Las niñas tienden a ser más vulnerables que los niños. Puede que el abuso de niños se denuncie menos por la implicación de la homosexualidad, normas culturales que encuentran el sexo entre niño/mujer adulta como normal y la tendencia de los hombres a no explicar <i>problemas personales</i>
Edad	Las edades entre 8 y 12 años parecen tener más riesgo. Puede ser porque han desarrollado suficientemente para permitir la penetración y son lo suficientemente conscientes para persuadirlos a participar - mientras las más jóvenes son más vulnerables a la coerción. Sin embargo, el abuso sexual ha sido identificado en casos de bebés de seis meses
Clase social	En el pasado se mantenía que el abuso sexual era más común en familias pobres y de clases socioeconómicas bajas que sería el simple resultado de la vigilancia a las <i>familias con problemas</i> Los datos recientes no demuestran diferencias significativas atribuibles a la clase social
Grupos étnicos	No se ha encontrado relación entre el riesgo de abuso sexual y grupo étnico. Debemos tener en cuenta las cuestiones del imperialismo y la explotación de los países del tercer mundo. En los países del Pacífico y en Sudamérica el comercio de prostitución infantil florece que hace especialmente vulnerable a los menores. También existe preocupación sobre las comunidades étnicas muy patriarcales y exclusivas, en que es difícil buscar ayuda para un niño abusado
Aislamiento social	El aislamiento social pone en riesgo a los niños por dos razones principales. 1. Las familias, instituciones y comunidades que mantienen un nivel alto de separación o exclusión dan más oportunidades de abuso, ya que reducen la posibilidad de que la actividad sexual sea observada. 2. Reduce las oportunidades para que el niño u otros miembros de la familia/comunidad busquen ayuda, porque les falta contacto con el mundo y por las fuertes sanciones que mantienen contra la deslealtad
Ausencia o falta de disponibilidad de los padres	Incluye situaciones en que un padre (normalmente una madre) está ausente (p.e. trabajando) o no está disponible (p.e. enfermedad o alcoholismo). Esto da más oportunidades para el abuso y reduce las posibilidades de la criatura para pedir ayuda
Relación pobre entre padres e hijos	Cuando el padre que no abusa tiene una relación pobre con el niño, esto le hace vulnerable por las razones descritas anteriormente. En los casos de abuso extrafamiliar, los niños son más vulnerables si buscan afecto y atención de forasteros, porque no lo reciben en casa
Conflicto entre los padres	Los padres que tienen conflictos, los niños pueden ser más vulnerables porque esta dinámica disfuncional puede servir de <i>gatillo</i> y reducir la posibilidad de que busque ayuda. La separación de los padres también ofrece la oportunidad de abuso durante las visitas
Padrastrós	Los tabúes usuales se aplican igual en el caso de padrastrós. Se ha teorizado que los padrastrós tienen menos inhibiciones contra el contacto incestuoso porque no han tenido el lazo que surge cuando el niño es pequeño
Actividad sexual de los padres	Los niños son especialmente vulnerables al abuso si su madre es soltera y tiene una serie de amantes de poca duración que se quedan en casa. Esto da la oportunidad a desconocidos a tener acceso fácil a los niños.
Abuso sexual previo	Los niños que ya han sido abusados sexualmente aprenden a comportarse de una forma <i>sexualizada</i> que los que abusan interpretan como una invitación
Familias represivas o valores subculturales	Las familias y subculturas que tienen puntos de vista represivos sobre la sexualidad - en que no se habla del sexo y a los niños los mantiene ignorantes - crean un riesgo ya que les faltan los conocimientos para reconocer de que están siendo abusados y les faltan medios para pedir ayuda. Además, los hombres en estas situaciones pueden creer que es mejor satisfacer sus necesidades sexuales dentro de la familia o comunidad que ser <i>infiel</i>

Una contribución importante que nos puede hacer comprender por que se mantiene el abuso sexual es la descripción por Summit del Síndrome de Acomodación del Abuso Sexual Infantil. Este síndrome incluye 5 fases:

- 1º. *Impotencia*. Los niños abusados sexualmente se sienten atrapados e impotentes.
- 2º. *Mantenimiento del secreto*. Se sienten coaccionados a mantener el abuso en secreto.
- 3º. *Atrapamiento y acomodación*. A medida que continua el abuso, el atrapamiento conlleva a un comportamiento de acomodación, por ejemplo la niña adopta el papel de cónyuge
- 4º. *Revelación espontánea o forzada*. Posteriormente determinados niños acaban por desvelar el secreto, algunos de manera espontánea y creíble, y otros de manera forzada y poco creíble. Suelen desvelar el secreto a algún compañero o amigo.
- 5º. *Retracción*. Si no hay intervención efectiva (o si la hay) es frecuente la retracción. La víctima se retracta de lo desvelado por varios motivos: temor, sentimientos de culpabilidad, confusión,....

Como

Las estrategias empleadas, según la descripción hecha por las víctimas, son casi siempre de persuasión y engaño, logrando sorprender a la víctima que inicialmente no sabe que es lo que el adulto pretende.

Estas estrategias hacen particularmente difícil la prevención de los abusos, porque los niños no pueden prever fácilmente la intencionalidad del adulto y no es deseable que los niños coloquen a los adultos bajo sospecha porque el resultado sería más grave que el de los propios abusos. Como indicaremos parece que es fundamental que los niños/as aprendan a reaccionar lo antes y mejor posible cuando toman conciencia de que un adulto pretende abusar de ellos. Es decir, que en lugar de quedar paralizados por la sorpresa reaccionen eficazmente.

Existen diferencias significativas en función del sexo en el uso de violencia física que es superior cuando la víctima era niña (casos en los que el agresor es casi siempre un varón). No existen diferencias significativas en el resto de las estrategias.

Según diversos estudios, en los que se ha tenido en cuenta la información que ofrecen los propios agresores, las estrategias de los agresores son:

Cuadro 3. Las estrategias de los agresores según diversos estudios son:

- Uso de la confianza: en el caso de familiar, educador, amigo, adulto conocido.
- Aprovecharse de una situación confusa o usar conductas de doble significado. Pueden empezar con caricias no sexuales.
- Establecer primero una relación de confianza con el niño.
- Usar la sorpresa: conducta inesperada por el menor que no acaba de comprender.
- Recurrir a sistemas de engaño: sirviéndose de otras supuestas motivaciones o significados.
- Usar premios (anunciados o dados) o castigos, si no se acepta.
- Recurrir a amenazas verbales o a otras consecuencias negativas para conseguir la conducta desea o para que no lo comuniquen. Especialmente cuando se repiten.
- Realizar amenazas físicas (recurso que usan mas los desconocidos)
- Usar la violencia física es infrecuente.

Estas estrategias pueden llevarse a cabo en combinaciones muy diferentes. Pero puede ser útil también tener en cuenta que con alguna frecuencia se dan ciertas regularidades.

Secuencia de conductas

Algunos autores (Bentovim y otros, 1988) proponen una secuencia en la progresión de las conductas de los agresores:

1. Contacto pseudoeducativo: exhibición mutua de genitales, informaciones sobre la sexualidad y la vida,...
2. El adulto pide al niño que le masturbe.
3. Masturbación mutua.
4. Contacto buco-genital
5. Coito vaginal
6. Coito anal.
7. Otras actividades y caricias sexuales

La estrategia de ir progresando en las conductas es más frecuente cuando el adulto y el niño tienen algún tipo de relación estable.

Es muy difícil prever por un niño (también para los adultos) qué adulto y con qué conducta se convertirá en un agresor.

Donde

Por el contexto donde se produce el abuso sexual puede ser:

1. Extrafamiliar
2. Incesto

1. Extrafamiliar

Tiene lugar alrededor del contexto familiar por cuidadores, vecinos, amigos íntimos, aprovechando su confianza y fácil acceso al núcleo familiar. También puede producirse en colectividades como colegios, internados, asociaciones, donde el adulto aprovecha su autoridad para presionar a los pequeños. *El abuso sexual es infrecuente entre niños y adultos desconocidos.*

2, Incesto

Consiste en relaciones sexuales entre miembros de la misma familia. Los distintos tipos de incesto incluyen relaciones padre-hija, madre-hijo, padre hijo, madre-hija, hermanos y otras variables (padrastrós, tíos, abuelos, primos). El más frecuente se da entre padre-hija, seguido de padrastro-hijastra y con menor frecuencia madre-hijo. La relación padre-hijo es muy rara.

Según Nakashima, existen dos modelos de familias incestuosas:

- Estable, sin alteraciones entre los miembros, de larga duración, con muchos hijos, sin relaciones extramatrimoniales por parte de los padres y escasas relaciones sociales, aislamiento social, con un control riguroso de las actividades sexuales de las hijas.
- Multiproblemática: antecedente de delincuencia paterna, drogadicción, alcoholismo, exhibicionismo, pedofilia.

En ambos tipos hay alteraciones sexuales de los padres con escasas o nulas relaciones conyugales, la madre puede ser la inductora a la vez que protectora de las relaciones padre-hija. La permisividad, sumisión y la falta de afecto sitúan a la hija como figura central del núcleo familiar, actuando de pequeñas madres en todas sus funciones.

Índice

- Introducción
- Desarrollo físico: pubertad
- Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios
- Desarrollo psicosexual
 1. Estadio oral
 2. Estadio anal
 3. Estadio fálico
 4. Estadio edípico
 5. Periodo de latencia
 6. Adolescencia
- Conductas y juegos normales

Introducción

El estudio del crecimiento en los niños, es parte específica de la formación básica del pediatra. Los errores en la interpretación de lo normal en este campo, pueden dar lugar a un exceso de exámenes complementarios ó diagnósticos de entidades inexistentes. Igualmente el desarrollo y maduración física y psicosexual, tiene unas características propias de cada edad, que puede dar lugar a conductas normales que no constituyen señales de alarma.

Desde el ámbito sanitario, y en el contexto del conocimiento y prevención del abuso sexual es prioritario pues, tener una formación adecuada sobre los aspectos normales somáticos del desarrollo físico en la etapa puberal y no menos importante conocer el desarrollo psicosexual en la infancia, desde una perspectiva amplia, que incluya los primeros años de la infancia hasta la adolescencia.

Desarrollo físico: pubertad

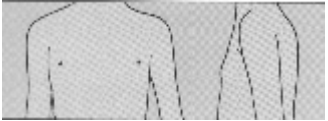
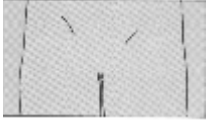








La pubertad, como fenómeno somático caracterizado por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva, acontece en todos los niños físicamente sanos, generalmente de forma paralela al proceso psíquico ó adolescencia.

- Nos referimos a que es un fenómeno físico independiente del proceso psíquico, ya que depende exclusivamente de cambios hormonales y ocurre en niños por ejemplo, con gran retraso mental, en los que sin embargo el proceso psíquico de la adolescencia, puede no ocurrir.
- La maduración puberal y psicológica de las niñas, precede generalmente a la de los niños en 1,5 ó 2 años. En ambos sexos, ha ido descendiendo la edad de la pubertad en el último siglo de forma que mientras en Europa a finales de siglo la edad media de la menarquia era los 16 –17 años, actualmente se sitúa entre los 12,5-13 años en los países industrializados.
- El aumento de secreción de esteroides sexuales, como sustrato fisiológico que dará lugar a los cambios físicos, es producido por dos procesos independientes, pero sucesivos: la adrenergia y la gonadarquia.
- La *adrenergia*, que precede unos 2-3 años a la gonadarquia, ocurre a partir de los 6-8 años de edad y traduce el aumento de secreción de los andrógenos suprarrenales. Dará lugar a los cambios típicos en el vello axilar y púbico, sudoración y acné.
- La *gonadarquia* es el resultado de la activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal después de la etapa inhibitoria prepuberal, dando paso a la secreción hormonal en pulsos de GnRH (factor liberador de las gonadotropinas).
- Los niveles elevados de GnRH producen un aumento de LH/FSH (gonadotropinas hipofisarias) que a su vez estimulan la secreción de los esteroides sexuales gonadales (estrógenos y andrógenos). Estos cambios determinan la aparición de los caracteres sexuales secundarios específicos.
- La velocidad de crecimiento aumenta, alcanzando un pico máximo durante ese periodo. Este brote de crecimiento puberal representa el 20-25 % de la talla definitiva adulta, dura 24-36 meses y requiere la colaboración de la hormona de crecimiento (GH) y las somatomedinas (Sm)









Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios

La serie de cambios somáticos y fisiológicos resultantes de la estimulación hormonal, durante la progresión de la niñez a la edad adulta, da lugar a las categorías de madurez sexual ó estadios de Tanner. Estos cambios que se producen en el vello, mamas y genitales se valoran en 5 estadios (Cuadros 1 y2).

Cuadro 1. Clasificación de los estadios de Tanner en niñas

Estadio	Mamas		Vello pubiano	
1	Preadolescente		Preadolescente	
2	La mama y pezón se elevan formando una pequeña prominencia; aumento del diámetro areolar		Escaso, poco pigmentado, liso, en borde interno de labios	
3	Mama y areola crecen sin límite definido entre ambas		Más oscuro, comienza a rizarse, mayor cantidad	
4	La areola y el pezón se proyectan hacia delante, forman una prominencia secundaria		Grueso, rizado, abundante, en menor cantidad que mujer adulta	
5	Mama madura: el pezón sobresale, la areola esta incluida en el contorno de la mama		Localización y cantidad adulta: triángulo con extensión hacia muslos	

Cuadro 2. Clasificación de los estadios de Tanner en niños:

Estadio	Vello púbico		Desarrollo Genital	
1	Ligera velloosidad infantil		Preadolescente	Pene, escroto y testículos infantiles
2	Escaso, largo y poco pigmentado		Ligero aumento del tamaño del pene Aumento de escroto y testes. La piel escrotal enrojece y cambia de textura	
3	Más oscuro, y rizado, poca cantidad		Mayor longitud del pene y del tamaño de los testículos	
4	Grueso y rizado, pero menor cantidad que adulto		Alargamiento del pene y desarrollo del glande. Testes de mayor tamaño. Escroto más oscuro	
5	Adulto		Tamaño adulto	

Desarrollo psicosexual

Fundamentalmente tras las aportaciones de Freud sabemos que el desarrollo psicosexual no se inicia en la adolescencia, sino que existe la sexualidad infantil, centrada en el placer y no en la genitalidad y que es un componente importante y estructurante del desarrollo psicológico normal de los niños. En la época prepuberal, la sexualidad infantil presenta pues, unas características propias:

- Se basa en el placer corporal y en la satisfacción de una función inicialmente fisiológica, de la cual se independiza posteriormente. Por ejemplo, el placer oral de los primeros meses esta ligado a la necesidad de comer y depende totalmente de la madre o persona sustituta; después la succión del chupete o el dedo, ... besar, fumar ... son actividades placenteras independientes de la necesidad nutritiva.
- La sexualidad infantil es pregenital y autoerótica: el objeto de la misma es el propio cuerpo. La etapa genital y la faceta de consideración al placer del otro, se inicia sólo a partir de la adolescencia, momento de transición a la sexualidad adulta, ligado a los cambios corporales, genitales y psíquicos
- Todos los niños y niñas pasan por unos estadios del desarrollo llamados "etapas libidinales". En cada etapa existe una pulsión principal (carga energética que "empuja" al organismo hacia un fin) generadora de necesidad de placer y posterior satisfacción, que va ligada prioritariamente a un área erógena del cuerpo. La excitación –tensión producida, y la búsqueda de quien o de lo que sustituya ó simbolice el objeto ó fuente de placer, siempre origina conflictos inconscientes, normales y estructurantes para el psiquismo. De no ocurrir estas fases previas, no existiría la sexualidad adulta, sino únicamente la función reproductora, como en la mayoría de especies animales.

1. Estadio oral (0-12 meses aprox.).

La fuente de pulsión es la boca y área perioral. El recién nacido encontrará inicialmente satisfacción en la succión nutritiva y posteriormente no nutritiva (chupete, dedo..).

A través de la satisfacción de estas primeras necesidades fisiológicas, y de la capacidad materna de "filtrar" todos los estímulos y excitaciones externas, se generan las primeras relaciones afectivas y se inicia la estructuración psíquica, en tanto la figura materna sepa ofrecer al hijo las satisfacciones adecuadas, y el niño pueda interiorizar esa imagen materna.

2. Estadio anal (2º-3º año aprox.)

La zona de pulsión será la mucosa anorrectal, centrándose el placer en la expulsión –retención de heces. Coincide con el período de oposición a los deseos paternos (rabieta, berrinches...). El placer ligado a la retención, a la sumisión, y a la pasividad, se opone al placer agresivo, al control, el dominio y la posesión. No es raro encontrar niños de esta edad que tienen conflictos con el control de esfínteres, sobre todo cuando este se inicia no por el grado de maduración alcanzado, sino por decisión materna ó ambiental (inicio de escolarización, indicación de médico, familiar...)

2. Estadio fálico (3º-4º año aprox.)

La zona de pulsión se desplaza hacia órganos genitales. Se inicia la curiosidad infantil por el descubrimiento de las diferencias sexuales y puede aparecer la masturbación. El objeto de pulsión es el pene, concebido no como órgano genital, sino como órgano de poder y diferencia. Las tensiones psíquicas inconscientes, producen angustias de "castración" (niño) ó de carencia (niña).

3. Estadio edípico (5º-6º año aprox.).

El niño se percibe excluido de una relación triangular y vive de forma dolorosa que los padres se entiendan entre sí y le excluyan a él. El objeto de pulsión será el miembro privilegiado de la pareja paterna: la madre para el niño, y el padre para la niña. En una evolución normal, poco a poco irá interiorizando su lugar y función dentro de la estructura familiar; la aceptación de no poder poseer el objeto de amor, hace que el niño renuncie progresivamente a dicho objeto de satisfacción y se identifique cada vez más con el progenitor del mismo sexo, y por extensión, con los amigos de su mismo sexo.

El acceso a la "triangulación edípica", implica un paso importante en la maduración, ya que al introducir a un tercero, se deja paso a una vida afectiva en la que uno sale de si mismo para tener en cuenta al otro.

Aparecen los mecanismos de sublimación que permiten encontrar otras fuentes de satisfacción (socialización progresiva, procesos intelectuales...)

4. Periodo de latencia (6º año aprox.-principio de adolescencia)

Etapas de declive del periodo edípico hasta el inicio de la adolescencia. De forma mayoritaria el interés es casi exclusivo por juegos y amistades del mismo sexo, con desinterés e incluso menosprecio de actividades y relaciones con el sexo contrario. Son típicos los juegos sexuales más o menos encubiertos (médicos, papás...) y ciertas conductas "homosexuales" (concursos de tamaño de pene, contactos físicos..)

en ambos sexos, que generalmente son fenómenos normales, pasajeros y sin valor pronóstico. Más bien una aparente "heterosexualidad" (juegos e interés por el sexo contrario), puede constituir una duda sobre su identidad de género y un núcleo de homosexualidad futura. En todos los casos hay que ser muy prudente y no hacer predicciones de futuro, ya que la adolescencia permite numerosos cambios.

5. Adolescencia

Más que una etapa es un proceso dinámico y asincrónico (coexisten períodos de avance y retroceso), al que se accede con una sexualidad organizada desde la infancia, ya que el desarrollo psicosexual de la adolescencia depende en gran parte de lo sucedido previamente. Las pulsiones parciales de etapas anteriores, quedan subordinadas a la pulsión genital; se completa el desarrollo puberal, y aparece la menarquia, las poluciones nocturnas, el deseo sexual, y la masturbación de tipo adulto.

Es un tiempo profundamente perturbador para el adolescente durante el cual debe superar tres duelos (pérdidas):

- Duelo por el cuerpo infantil perdido: asiste a sus propios cambios físicos como espectador impotente
- Duelo por el rol y la identidad infantil perdidos: renuncia a su dependencia infantil para aceptar un mundo de responsabilidades
- Duelo por la pérdida de los padres de la infancia: percepción de pérdida de refugio y protección.

La adolescencia se divide en tres períodos:

- Primera adolescencia (12-14 años aprox.)

Se inician los cambios hacia la independencia, disminuyendo el interés por las actividades paternas. En paralelo aparecen las grandes amistades cargadas de afectividad, generalmente del mismo sexo, y también la necesidad de intimidad (diario, puertas cerradas...). Los rápidos cambios corporales generan gran inseguridad y preocupación por el aspecto físico e interés por la anatomía y fisiología sexual. La búsqueda de sí mismo y su identidad, en gran parte por oposición a lo conocido, como son los padres, generan las primeras tensiones familiares.

- Adolescencia media (15-17 años aprox.)

Época de máximo conflicto con los padres, mayor aceptación de la imagen corporal y máxima integración con el grupo de amigos y sus valores. Aumenta la capacidad intelectual y la creatividad, y aparecen aspiraciones vocacionales idealistas. Sentimientos de omnipotencia que pueden conllevar comportamientos arriesgados: contacto con drogas, embarazos no deseados ...

- Adolescencia tardía (18-21 años aprox.)

Período de valoración de la familia de nuevo, e incluso reaceptación de los valores y consejos paternos. Idealmente esta etapa acaba con la consecución progresiva de una capacidad de separarse y discriminarse de los demás, de forma que se consiga una individuación saludable y una relación simétrica adulto-adulto con los padres, a la vez que se mantienen los vínculos afectivos.

En la adolescencia se establece la identidad de género, que da cuenta del sexo psíquico, a diferencia del sexo biológico que depende de los caracteres sexuales secundarios. Es frecuente que halla algún contacto sexual esporádico con personas del mismo sexo, sin que ello signifique una orientación homosexual definitiva.

Las primeras experiencias de amor, van relacionadas con algún tipo de iniciación sexual, generalmente de tipo exploratorio. Las relaciones sexuales que se inician sobre todo en los primeros años del adolescente, están marcadas por la ambivalencia típica de esta etapa, la urgencia, la falta de planificación y la percepción de omnipotencia e inconsciencia frente al riesgo; aunque biológicamente exista capacidad procreativa, psicológicamente todavía existe una incapacidad para asumir el rol adulto de la paternidad. Todo ello dificulta el uso de métodos anticonceptivos de forma eficaz, aunque exista un conocimiento teórico de los mismos ("lo del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual no me va a pasar a mí ...").

Conductas y juegos sexuales normales

En todas las etapas del desarrollo psicosexual en la infancia, existen gran variedad de conductas sexuales individuales y juegos, que son frecuentes en un número importante de niños, y que no constituyen patologías. Estudios retrospectivos en adultos demuestran que la gran mayoría de ellos describen experiencias de juegos sexuales en la niñez..

La mayoría de estas conductas, forman parte de juegos que permiten al niño anticiparse a hechos normales ó escenificar situaciones o sentimientos desagradables.

- Conductas normales

Los niños pequeños demuestran interés por su cuerpo y pronto comienzan a explorarlo y a tocar sus genitales. A veces estas maniobras de curiosidad se extienden a otros niños; ante esto, la actitud de los adultos debe ser no mostrar interés excesivo ni ansiedad, en todo caso según la tolerancia familiar se puede aconsejar la distracción.

La masturbación se practica a cualquier edad, pero es raro en lactantes pequeños. Podemos observar movimientos rítmicos de la pelvis sobre el propio cuerpo ó sobre un objeto, que produce una reacción física de enrojecimiento y sudoración; generalmente se lleva a cabo abiertamente a no ser que se halla reprimido mucho al niño y lo practique en secreto. Es aconsejable no amenazar ni regañar, ya que una actitud muy punitiva por parte de los padres puede perpetuar la situación. Solo cuando es una actividad muy repetitiva y compulsiva se debe buscar una causa, como puede ser él haber sido objeto de abuso sexual.

- Juegos “normales”

En los juegos de grupo, la diferencia entre prácticas normales y juego abusivo muchas veces se establece dentro de un “continuum”, ya que cierto grado de persuasión inicialmente puede ser normal, mientras que el empleo de fuerza y coerción marca el límite con el abuso. Esta información la deben tener clara padres, sanitarios y educadores para realizar un juicio de valor ante un relato de un niño. Podemos observar:

- Juegos de médicos. Son juegos clásicos, en donde la simulación de ser médico ó enfermera y paciente, permite desnudarse y explorar el cuerpo, incluyendo genitales.
- Juegos de exhibición. Enseñar partes del cuerpo, incluidos genitales.
- Experimentos de estimulación. Juegos de contacto, exploratorios fundamentalmente de genitales.
- Juegos de besarse. El contenido principal del juego es besarse.
- Juegos de fantasías sexuales: los niños escenifican roles de adultos (padres, amantes, prostitutas...)
- Otros : sexo entre muñecos, cantar canciones ó chistes con contenido “erótico”...

En general, el nivel de conocimiento de los contenidos eróticos de los juegos, debe ser acorde con la edad cronológica del niño. En los casos en los que los conocimientos sexuales sean claramente discordantes con la edad, se debe sospechar la existencia de abuso sexual.

Índice

- Definición y características del abuso
- Secuelas a corto plazo
- Secuelas a largo plazo
- Algunos resultados sobre población infantil forense
- Conclusiones

Los delitos sexuales son, con los malos tratos en general, sucesos donde hasta ahora prevalece una alta incidencia de *cifra* oscura, no denunciada ante la policía u otros agentes sociales, siendo muy difícil establecer cifras fidedignas de incidencia real.

Los trabajos epidemiológicos recientes sobre población española tienen el inconveniente de realizarse sobre población adulta, con la distorsión cognitiva y motivacional debida al paso del tiempo, al modelo de encuesta empleado y a la propia definición de lo que consideramos abuso sexual infantil.

Las definiciones clásicas de *abuso sexual infantil* implican siempre a un menor que por su desarrollo evolutivo no puede comprender o decidir sobre estas conductas con pleno discernimiento. Proponemos una definición más orientada hacia lo psicológico que explicaría de forma más comprensible por qué estas conductas jurídicamente punibles suponen un riesgo potencial para la salud mental de las víctimas tanto a corto como a largo plazo.

Definición y características del abuso

Cualquier tipo de abuso sexual infantil, paidofílico o incestuoso, presenta en mayor o menor medida una dosis de *relación perversa* entre agresor y víctima.

Esta relación perversa y no el tipo de actos sexuales realizados, frecuencia y severidad, es lo que inflige el daño psicológico a la víctima, aunque es evidente, a mayor severidad de abuso, y si viene acompañado por otras variables abusivas, mayor tenderá a ser el impacto emocional y sus secuelas acompañantes.

Al centrar nuestro interés en las víctimas infantiles de forma aislada, hemos llegado a unos indicadores de abuso sexual difusos que resultan compatibles con cualquier otro tipo de abuso o trastorno en el desarrollo infantil, así hablaríamos de problemas comportamentales como: problemas de sueño, retrasos en el habla, enuresis y encopresis, depresión y ansiedad, conducta sexual inapropiada, fobias, culpa y vergüenza, etc.

La lista es tan amplia como amplia es la diversidad de niños y las posibles variables intervinientes, básicamente variables: debidas al niño, propias del abuso, y del contexto: familia, escuela y sociedad.

Precisamente éste es el argumento disuasorio más utilizado por aquellos que defienden al agresor sexual de niños ante los tribunales. Muchas veces presentando evidencia escrita por profesionales clínicos.

Es esencial hacer entender a los profesionales que el punto de elección a la hora de determinar la existencia o no de abusos no se encuentra tanto en las posibles manifestaciones psicopatológicas que exhibe el niño, sino a lo que explica de su relación con el supuesto agresor y a la forma en que lo explica.

Estos dos aspectos han de valorarse de forma independiente y exigen una formación básica en lo relativo a los aspectos característicos de la relación, lo que aquí hemos dado en denominar *relación perversa*.

El aspecto complementario del problema lo situamos en el *como* explica el niño el abuso. Aquí entraríamos en una valoración de la credibilidad de las declaraciones del niño, cuya metodología exige otro tipo de conocimientos precisos y que desbordan al objetivo de este capítulo.

Centrándonos en la *relación perversa* que se establece entre un niño y un adulto cuando el segundo emprende una relación sexual del tipo que sea con el primero, consideramos de entrada que sólo en un numero insignificativamente de casos la relación sexual se da de forma súbita.

Este tipo de asaltos, realizados normalmente por desconocidos, si no son de una entidad muy severa, y ocurren de forma aislada, no suelen interferir en el desarrollo psicoevolutivo del niño.

El abuso por desconocidos es una excepción dentro de estos delitos. Lo habitual es que el abuso se de dentro de la familia - caso mayoritario de las chicas - o por amigo cercano - caso mayoritario para los chicos - investido o no de autoridad. En el segundo caso, los agresores suelen ser personas tan cercanas al entorno del menor que las relaciones se vuelven casi familiares, no adquiriendo el abuso diferencias en su desarrollo tan sustanciales como a simple vista podríamos presumir entre parientes y no parientes.

¿Qué es lo que marca una relación perversa?

En una relación perversa han de aparecer dos actores: *agresor y víctima* (Marie-France Hirigoyen, 1999).

El agresor es un *individuo perverso narcisista* y sus características son:

- Aquellos que bajo la influencia de su *grandioso yo*, intentan crear un vínculo con un segundo individuo, atacando muy especialmente su integridad narcisista con el fin de desarmarlo. Atacan al amor hacia si mismo, a la confianza en si mismo, a la autoestima y a la creencia en si mismo del otro. Al mismo tiempo intentan de alguna manera hacer creer que el vínculo de dependencia del otro en relación con ellos es irremplazable y que es el otro el que lo solicita.
- Individuos *megalómanos* que se colocan en una posición de patrón de referencia del bien y de la verdad. A menudo se les atribuye un aire moralizador, superior y distante. Aunque no digan nada el otro se siente cogido en falta Exhiben unos valores morales irreprochables con los que dan el pego y una buena imagen de si mismos. Y denuncian la malevolencia humana.
- Entran en *relación con los demás para seducirlos*. A menudo se les percibe como personas seductoras y brillantes. Una vez que han pescado al pez, basta con mantenerlo enganchado mientras se le necesite. El otro no existe, no se le ve ni se le escucha, es simplemente útil. En la lógica perversa, no existe la noción del respeto al otro.

La *seducción perversa* no conlleva ninguna afectividad. El mismo principio del funcionamiento perverso es evitar cualquier afecto. El objetivo es no tener sorpresas. Los perversos no se interesan por las emociones complejas de los demás. Son impermeables al otro y a su diferencia, salvo que perciben que esa diferencia puede molestarles. Se produce una negación de la identidad del otro, cuya actitud y pensamientos tienen que conformarse a la imagen que los perversos tienen del mundo.

Estas palabras pueden aplicarse con una coincidencia casi exacta a los agresores sexuales de niños.

A menudo resulta desconcertante la aparente calma, falta de sentimientos de culpa y las racionalizaciones y argumentaciones de todo tipo, mediante las cuales personas probadamente incestuosas o paidofílicas enfrentan una situación de procesamiento judicial, volcando toda suerte de descalificaciones sobre sus víctimas y distorsionando la realidad de forma que sean ellos los que aparezcan como víctimas.

Esta situación y la falta de patología clara de índole clínica inducen a error a todos los que rodean al agresor que esperan, de forma ingenua, una psicopatología profunda que explique su conducta.

A modo de ejemplo, se realizó pericial psicológica a un padre probadamente incestuoso con hija de 11 años. A pesar de que la niña presentaba un embarazo del padre demostrado por prueba biológica, que este no presentaba deficiencia mental ni enfermedad psiquiátrica capaz de modificar sus aptitudes mentales, seguía negando los hechos con total tranquilidad y acusaba a la niña de comportamiento sexual provocativo y otros datos psicológicos desfavorables para ésta.

¿Cómo es la víctima?

Sabemos que unos niños tienen más riesgo que otros de convertirse en víctimas de agresión sexual. Esto es así, no porque las víctimas posean unas características de personalidad que las hagan diferentes al resto de la población infantil, sino porque presentan una mayor probabilidad de *carencias afectivas*.

Las carencias afectivas suceden dentro del contexto del niño y son consecuentes a maltrato infantil del tipo que sea. Podemos considerar los siguientes tipos:

- Negligencia parental
- Inversión de roles
- Antipatía hacia el niño de los padres
- Maltrato físico
- Abuso sexual
- Maltrato emocional - psicológico

Dentro de este entramado la víctima es seducida en una relación desigual donde víctima y agresor comparten *secreto y culpa*, dentro de la lógica no empática del agresor.

Otro tipo de carencias, como un bajo nivel intelectual o social, o dificultades materiales extremas, son también campo abonado para la aparición del abuso.

En la relación que se establece entre agresor y víctima del abuso, el agresor se las ingenia para obtener del niño una implicación progresivamente mayor.

La víctima es primero seducida y reforzada por una persona de su entorno que le aporta la seguridad y protección que no obtiene de las instancias donde legítimamente debiera encontrarse. A continuación es sometida al dominio de su agresor de forma que éste la ataca apuntando a los puntos débiles que se sitúan en el registro del descrédito y la culpabilidad.

Un procedimiento evidente para desestabilizar al niño consiste en hacer que se sienta culpable por la agresión. El agresor sabe utilizar todos los ardidés posibles: sexo a cambio de dinero, sexo a cambio de atenciones o regalos, instalar creencias erróneas en el menor (es el niño quien desea el hecho pues no presenta resistencia física, es el niño quien ha seducido al agresor, etc.).

Para adaptarse a la situación el menor debe realizar toda una serie de distorsiones o reajustes cognitivos que den *sentido* a esta situación.

La propia *culpa*, junto con el sentimiento de ser responsables o merecedores de la agresión, si bien son los hechos que conforman el *trauma*, es la única manera de sobrevivir psicológicamente al suceso, pues devuelve la sensación de control a la víctima, aportando un sentido a su experiencia y disminuyendo su sensación de inseguridad ante la existencia.

Las consecuencias de esta *adaptación* son: *baja autoestima*, sensación de ser *especial* en su forma negativa y tendencia a entablar *relaciones destructivas* en el futuro que confirmen las propias autoexpectativas.

Cuando ha sucedido un abuso sexual crónico y severo las posibilidades de un menor de salir indemne sin ayuda psicoterapéutica son nulas.

Los niños que no presentan secuelas aparentes en el momento del descubrimiento de los hechos, no garantiza que no se vayan a presentar secuelas a largo plazo. Por un lado sabemos que las experiencias abusivas sitúan al niño en una posición vulnerable para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático y dolencias psicosomáticas durante la edad adulta, por otro, muchas víctimas viven sin trastornos aparentes durante años hasta que por algún motivo los recuerdos del abuso se vuelven intrusivos y comienzan a manifestar síntomas.

Secuelas a corto plazo

A corto y medio plazo lo más importante no es incidir en los síntomas clínicos que el niño presente, sino en las estrategias defensivas que haya empleado para afrontar el abuso: disociación, autoculpabilización o autoimplicación y negación o minimización del daño son las estrategias empleadas con más frecuencia.

Estas defensas, adaptativas durante la agresión, dejan de serlo e impiden un buen ajuste emocional y un restablecimiento de la autoestima dañada. En el proceso psicoterapéutico con niños abusados es la culpa el desafío más importante para el psicoterapeuta sea cual sea el sexo del niño y del propio terapeuta.

Los efectos inmediatos o a corto plazo, en estudios no sistemáticos se han encontrado: compulsividad, hiperactividad, fobias, introversión, culpabilidad, depresión, cambios de humor, ideas de suicidio, fatiga, pérdida de apetito, dolencias corporales, cambios en hábitos de sueño y comida, hostilidad, desconfianza,...

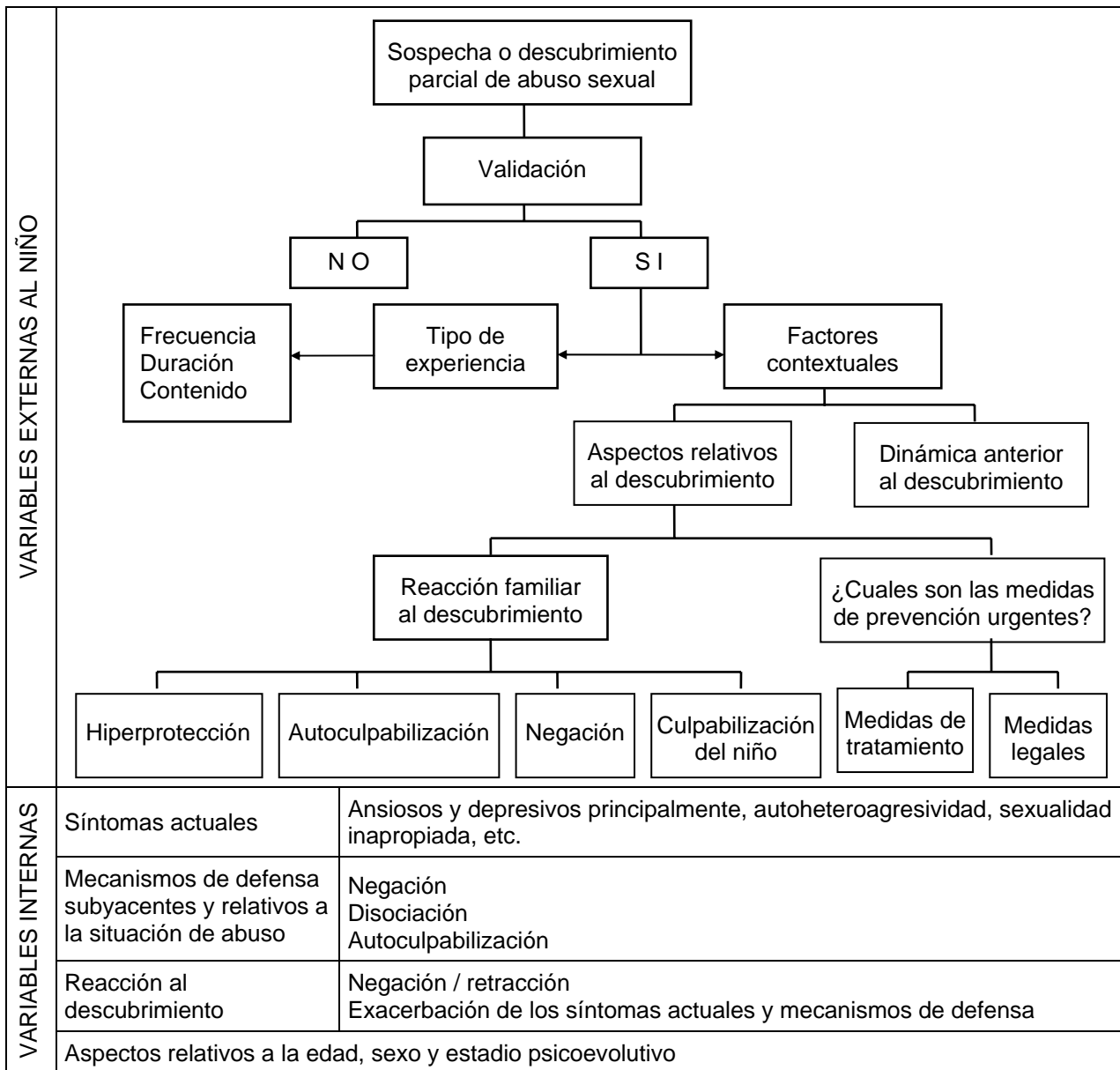
Estudios sistematizados han obtenido las secuelas a corto plazo. El Tufts Family Program (1984) en una muestra de 113 niños un año después de la revelación del abuso mediante la Louisville Behavior Checklist observó que el 17% de los niños entre 4 y 6 años presentaban algún rasgo de patología clínica y en los menores de edades comprendidas entre los 7 y 13 años esta proporción ascendía al 40%. Los principales rasgos patológicos fueron: agresividad 50%, conducta antisocial 45%, comportamiento sexual desviado 36%, miedos 45%, comportamiento neurótico 38%, e inmadurez emocional 40%. La observación clínica o patrón de conducta que más frecuentemente aparecía era: *Miedo-ira-hostilidad*.

Señalaremos que existen una serie de secuelas que han de ser siempre consideradas en orden a su relevancia variable. Estas serán:

1. *Confusión y ansiedad*. Estas reacciones aparecen en mayor proporción cuando el menor es más pequeño, pues constituyen reacciones poco elaboradas.
2. *Culpa, angustia, y depresión*. Mayores cuanto mayor es el niño, puesto que constituyen un grado de reacción mejor organizado.
3. *Sexualidad inapropiada*.. El abuso los vuelve más susceptibles a una posterior victimización y suelen sexualizar sus relaciones, en orden a intentar ganar afecto y reconocimiento, como una franca expresión de baja autoestima (aspecto común con mujeres maltratadas).
4. *Dependencia emocional*. Este es un aspecto circunstancial además de su posición estructural desde el punto de vista social y su propio desarrollo psicoevolutivo.
5. Pueden presentar *posiciones prematuramente adultas*, en el plano sexual como en el ejercicio de roles.
6. Por último, señalaremos que la *depresión y la ideación suicida* es más probable según aumenta la edad de la víctima y aparece poco apoyo de la madre.

En cuanto debamos hacer frente a un caso donde exista la sospecha de abuso sexual infantil deberemos proceder de una forma racional, intentando minimizar las intervenciones evaluativas sobre el niño y su familia e intentando implementar un esquema de evaluación por pasos (Cuadro 1).

Cuadro 1. Esquema de evaluación por pasos ante la sospecha de abuso sexual en el niño



Secuelas a largo plazo

En los efectos a largo plazo del abuso habrá que distinguir entre hombres y mujeres. Los niños y las niñas objeto de abuso sexual se afectan de forma diferencial, como veremos al especificar algunos resultados sobre población forense en muestras prospectivas y retrospectivas.

Las diferencias de género en la afectación vienen determinadas porque no se abusa de la misma forma de la niña y del niño, si bien, ambos comparten el aspecto perverso de la relación establecida.

Existen variables que pueden estar incidiendo a largo plazo, como son: diferencias en la socialización de hombres y mujeres, variables biológicas (el hombre esta más dotado para expresión agresiva de sus conflictos), y la tradición psiquiátrica basculada hacia los trastornos emocionales de las mujeres. Estas variables, se encuentran sobre representadas en la descripción de algunos síndromes clínicos, siendo mucho más difícil encuadrar determinados trastornos que presentan los hombres en las nosologías al uso. En el caso que nos ocupa, es típico el agresor sexual mayoritariamente masculino.

Las mujeres fueron las primeras en llamar la atención de los clínicos sobre la posible incidencia traumática de la agresión sexual infantil en la salud mental a largo plazo.

Igual que en el caso de las secuelas a corto plazo, a largo plazo existen una serie de observaciones no sistematizadas que serían las siguientes:

- Mayor aislamiento
- Más baja autoestima
- Mayor miedo a los hombres
- Mas ataques de ansiedad
- Mayores dificultades para dormir y pesadillas recurrentes
- Mayor utilización de drogas y alcohol
- Mayor riesgo de suicidio y automutilación
- Mayor riesgo de prostitución
- Aparición de desordenes múltiples de personalidad
- Desordenes en la alimentación (bulimia - anorexia)

En general se ha llegado a hipótesis tentativas respecto a las variables contextuales del abuso. Por ejemplo se correlaciona significativamente con gravedad de secuelas:

1. El abuso de padre o padrastro.
2. La existencia de comercio sexual.
3. La existencia de violencia física concomitante.

Hasta la fecha no se ha podido demostrar que el abuso sexual sea más traumático a una determinada edad, ni que la cronicidad sea peor que el acto esporádico. Sin embargo, esto no significa, desde la dificultad de la investigación y la gran variedad de variables a controlar, que esto no sea así, como observamos en algunos estudios realizados sobre síntomas del incesto (Cuadro 2):

Cuadro 2. Síntomas a largo plazo del incesto según algunos autores

Autores	Muestra	Secuelas observadas
Finkelhor 1979	796 mujeres población general	28% presenta algún tipo de abuso, 14% incestuoso, 30% con fuerza, 18% incesto explotativo Baja autoestima, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, comportamiento autodestructivo, problemas sexuales
Russel 1986	930 mujeres población general	38% abusada por adulto antes de los 18 años, 16% incesto Formas de abuso más severas inducen más trastorno que formas de abuso leve. La violencia física tiene un efecto negativo
Herman 1986	205 mujeres con historia de incesto	El 50% de las mujeres creía que esto había tenido un efecto negativo en su desarrollo, 78% notaba algún síntoma clínico, 34% extremo, 23% considerable, 25% poco
Putman 1986	100 casos de personalidad múltiple	El 97% de estos pacientes habían presentado una historia de incesto
Ross 1989	236 casos de personalidad múltiple	El 74% de estos pacientes habían presentado una historia de incesto

Pribor y Dinwiddie (1992) demostraron sobre población norteamericana que incluso cuando se equiparan las muestras a nivel de raza y edad (población general y población sometida a incesto), las víctimas de incesto presentan unas tasas significativamente mayores de trastornos de ansiedad (agorafobia, ataques de pánico, síndrome de estrés postraumático, y fobias), depresión y abuso de alcohol,

A parte de estos trastornos, aparece una prevalencia mayor que en la población general de cualquier trastorno mental, según lo contemplado en el DSM-III-R, excepto para anorexia, manía, juego patológico y esquizofrenia.

En cuanto al varón como víctima de agresión sexual aún existen menos estudios sistemáticos sobre efectos a largo plazo.

Aquí vamos a entresacar alguno de los aspectos más importantes que influyen en la aparición de dificultades sexuales secundarias señalados por Mezey y King (1992):

1. *Confusión - ansiedad sobre la identidad sexual.* En estudios sobre la población general se ha descubierto que existen más varones con preferencia homosexual entre adultos que han sido objeto de abuso sexual por parte de agresor masculino en la infancia (tasa significativa). Sin embargo, no sabemos en realidad en qué medida la relación con el agresor, el tipo específico de abuso o la duración de éste influyen en la identidad sexual de la persona.
Recapitulación de la experiencia victimizadora. La *recapitulación* sobre la experiencia abusiva es menos corriente que la confusión sobre la identidad sexual y la agresión compensatoria. Supone una *recapitulación* experiencial en la que la víctima se erige en agresor. En psicoterapia son agresores sexuales de niños, a veces el propio agresor se da cuenta de que su abuso sobre menores recrea su propio abuso sobre otros niños. Este fenómeno ocurre, aunque no siempre. Se han encontrado cifras de hasta un 13% de agresores en tratamiento.
2. *Abuso de sustancias.*
3. *Personalidad antisocial.*
4. *Efecto en relaciones futuras.* Estudios clínicos aseguran que las víctimas presentan una fuerte dificultad en mantener relaciones sostenidas y significativas. Esto resulta de una falta de confianza en los demás, miedo a la intimidad, tendencia a establecer y deshacer relaciones de forma abrupta, y como un efecto perverso de recrear relaciones abusivas que recuerdan a las primitivas pautas de relación de abuso infantil.

Algunos resultados sobre población infantil forense

En la Clínica Médico Forense de Madrid se realizó un estudio sobre menores que habían denunciado agresión sexual infantil.

El estudio constaba de dos partes diferenciadas. La primera analizaba diversas variables sociodemográficas, así como secuelas apreciadas sobre una muestra retrospectiva de 59 casos: 32 niñas y 27 niños. La segunda parte constaba de un protocolo estándar de pruebas sobre una muestra prospectiva, en este caso 16 menores: 8 niñas y 8 niños.

Las conclusiones de la primera muestra coinciden con la segunda y son básicamente las siguientes:

1. La media de edad de abuso se sitúa entre los 12-13 años para los dos sexos.
2. El abuso denunciado es mayor para niñas de 10 años o menos, invirtiéndose la tendencia de los 10 años en adelante.
3. El nivel sociocultural es muy bajo. Predominan los estudios primarios en los padres.
4. El abuso por desconocido es anecdótico. En niñas predomina el incesto (75%), en los niños el abuso por conocido muy cercano (75%).
5. La gravedad del abuso es mayor para las niñas. Predomina la violación, frente a tocamientos en caso de los niños. Los abusos se superponen.
6. Las niñas que sufren abuso sexual tienen una probabilidad significativamente más alta que el niño de sufrir además malos tratos físicos.
7. El abuso tiende a cronificarse en niños y niñas por igual. La denuncia se realiza a veces años después de haber iniciado el abuso.
8. En cuanto a secuelas el síndrome ansioso depresivo es significativamente mayor en niñas que en niños. Secuelas más aparentemente severas en niños con fracaso escolar pronunciado a partir del abuso y problemática de adaptación social.
9. En los dos grupos y en las dos muestras las secuelas emocionales son significativas en relación a la población general.
10. El grupo de menores donde no se objetivan secuelas es mayoritariamente femenino. Aquí se podría hipotetizar que esto ocurre por la edad (entre 5-10 años el número de denuncias en niñas es mayor), mayor probabilidad de presentar una reacción emocional organizada a mayor edad.

Conclusiones

La violencia como variable que puede incidir en la salud mental de las personas es un ámbito de estudio reciente, ya que la mayor parte de la violencia que reciben las personas se provoca en el ámbito doméstico, y éste ha sido hasta épocas recientes un ámbito inaccesible al conocimiento público.

El niño es la persona más vulnerable a sufrir abuso o violencia y a que esta permanezca en secreto, dada su posición social.

El abuso sexual, como otro tipo cualquiera de maltrato provoca consecuencias negativas para la salud mental de las víctimas menores.

Es necesario realizar un acercamiento racional al problema para que de nuestra intervención no resulten aún más efectos negativos para el niño. Es preciso emprender programas de prevención y tratamiento que aún o existen en nuestro país.

Índice

Introducción

Manifestaciones clínicas

ETS que cursan con secreción uretral

- Uretritis gonocócica
- Uretritis por Chlamydia Trachomatis

ETS que cursan con aumento de flujo vaginal

- Gonococia o infección por Chlamydia en niños y adolescentes
- Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis
- Tricomoniasis
- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis

ETS que producen ulcera/s genitales/s

- Herpes genital
- Sífilis

ETS que producen tumoración

Enfermedad VPH

Moluscum contagiosum

Virus Inmunodeficiencia Humana

Diagnóstico ETS

Tratamiento ETS

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) pueden servir como factor guía para demostrar maltrato sexual, admitiéndose como evidencia del mismo en los tribunales de justicia, más aún cuando se trata de niños o adolescentes muy jóvenes. No obstante, no existe una correlación directa entre ETS y abuso sexual, si bien la probabilidad de transmisión en estas situaciones es más alta, ya que habitualmente las personas que agreden sexualmente suelen ser más promiscuas que la población considerada normal. La tasa de infección que encontraremos tras maltrato sexual es del orden del 2-10 por 100.

Podemos encontrar dos situaciones distintas ante las que deberíamos actuar con el fin de diagnosticar y en su caso tratar una o varias enfermedades de transmisión sexual en un menor:

- La primera de ellas sería la presencia esencialmente en región anogenital, paragenital u oral de sintomatología relacionada con E.T.S.
- La otra situación sería el tamizado de la presencia de cualquier E.T.S. sintomática o asintomática tras la sospecha de relación sexual previa, caso habitualmente vinculado a abuso sexual del menor.

La identificación de cualquier enfermedad de transmisión sexual más allá del periodo neonatal sugiere abuso sexual del menor. Esta máxima si bien es cierta debe estar condicionada a un correcto diagnóstico etiológico, a una clara discriminación entre enfermedades de transmisión sexual y sexualmente transmisibles y a un análisis de las circunstancias del sujeto tanto de su estado y ambiente actual como a todo lo acontecido durante el embarazo y parto al menor y a su madre.

La constatación de abuso sexual de un menor suele producir trastornos psíquicos y sociológicos tanto a la víctima como a su entorno, razón por la que se debe tender a minimizar el error al pronunciarse ante una posible situación de este tipo. Por ello, el diagnóstico de una ETS nunca deberá ser presuntivo, y se basará en los considerados medios "gold standard" o patrón oro con el fin de obtener la máxima sensibilidad y especificidad posible y en la más correcta toma de muestras, a ser posible ambas cosas realizadas por personal experto; de esta forma la probabilidad de obtener falsos positivos se reduce al máximo.

Podemos reconocer como enfermedades casi exclusivas de transmisión sexual a la gonococia, infecciones por chlamydia trachomatis, sífilis, tricomoniasis, herpes genital y condilomas acuminados; aún así encontramos excepciones y factores para corregir los posibles errores. Otras enfermedades consideradas clásicamente como ETS son realmente más infecciones sexualmente transmisibles, como la presencia de ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis o la vaginosis bacteriana, todas ellas más incidentes en los casos de abuso sexual, si bien también se pueden encontrar entre población que no ha mantenido ninguna relación sexual; otro tanto podríamos decir de las zoonosis, tanto la sarna como la pediculosis pubis pueden transmitirse por la convivencia o por fomites como el intercambio de ropa; por lo que todas ellas aisladas tendrían poco valor confirmativo sobre maltrato sexual.

Por último hay que tener en cuenta que algunas enfermedades de transmisión sexual pueden ser adquiridas por el niño durante su gestación, en el parto o a través de la leche materna, lo que puede dificultar el diagnóstico de abuso sexual, en algunos casos.

En los Estados Unidos de América se reportan más de 50.000 casos al año, aunque estiman que la cifra podría ser cuatro veces superior, llegando el número de niños-víctimas a los 200.000 al año. De todos estos casos la prevalencia específica para cada una de las ETS se encuentra en función de la edad y status social del niño (Tabla 1).

E.T.S.	Prevalencia (%)
Gonococia	1.4 – 26.7
Infección por Chlamydia	4.0 – 17.0
Sífilis	0 – 5.5
Condilomas Acuminados	0.7 – 1.5
Herpes Genital	0.1 – 0.7
Trichomoniasis	0.1 – 4.0

Como en cualquier caso, ante la sospecha de la presencia de una E.T.S., hay que realizar una historia clínica detallada, que en el caso de menores será realizada al propio interesado y/o al adulto que consideremos más adecuado. En esta historia hay que reseñar que tipo de prácticas sexuales se realizaron, en lo posible con quién y la frecuencia en que se produjeron ya sea esporádica, intermitente o habitualmente; y si se conocen antecedentes patológicos perinatales que pudieran relacionarse con las E.T.S., tales como enfermedades de transmisión sexual en la madre durante el embarazo y/o el parto o la realización de transfusiones sanguíneas. También es muy conveniente contemplar cuanto tiempo pasa el menor con sus padres, familiares y con extraños, y los antecedentes clínicos y sociales de los mismos.

Para que esta historia pueda ser realizada ajustándose al máximo a la verdad, el entrevistador debe ganarse la confianza de la persona o personas que vayan a ser interrogadas, para ello debe desterrar actitudes que transluzcan agresividad, asombro, intolerancia y culpabilidad o repulsa hacia el menor. La puesta en escena más beneficiosa será la de comprensión del dolor, la vergüenza y /o el estupor de la víctima, tratando el tema con delicadeza y afecto, adaptando el lenguaje a la edad y condición sociocultural de la persona entrevistada.

Una vez completada la historia clínica se realizará una minuciosa exploración física, fundamentalmente de región genital, paragenital, anal y oral, lo menos agresiva tanto física como psíquicamente y lo más exhaustiva posible, en busca de encontrar signos clínicos que induzcan a pensar en la presencia de una E.T.S. En múltiples oportunidades la exploración será mejor realizarla en presencia de padre, madre o alguna persona de confianza del menor, incluso y cuando este sea de muy corta edad la exploración física se podrá llevar a efecto sobre las rodillas de la madre por ejemplo; en otros casos esta presencia puede dificultar o impedir la exploración o la realización de la historia clínica, pudiendo apreciar este extremo cuando veamos un aumento de la agresividad o de la timidez o una disminución importante de la comunicación tanto oral como gestual del menor. No existe una regla general sino que es estrictamente necesario individualizar en función del propio menor y su entorno.

Manifestaciones clínicas

Desde un punto de vista sindrómico podemos agrupar a las enfermedades de transmisión sexual en los siguientes grupos:

- Producen **secreción uretral**.
- Aumentan **el flujo vaginal**.
- Aparición de **úlceras/s genital/es**.
- Presencia de **tumoraciones en región anogenital y/o paragenital**.

E.T.S. QUE CURSAN CON SECRECIÓN URETRAL.

La presencia de secreción uretral en cualquier menor varón debe ponernos sobre aviso e iniciar un estudio por sospecha evidente de posible presencia de una ETS. Este signo suele ir acompañado habitualmente de disuria de distinta intensidad, escozor o ardor uretral espontáneo y a veces de enrojecimiento, eritema, del meato urinario, región perimeatal y menos frecuentemente de todo el balano. Ocasionalmente también el paciente podrá indicarnos la presencia de dolor suprapúbico, que en presencia de infección de larga evolución puede ser muy intenso y espontáneo.

Una vez constatados todo estos signos y síntomas, se debe recoger en una torunda, de alginato cálcico, dacrón o cualquier otro material sintético, nunca de algodón; una muestra de la secreción y si es posible, introducir esta torunda hasta fosa navicular y realizar algunos giros en el interior de la uretra que permitirán obtener además elementos celulares que facilitarán el diagnóstico.

Si la primera de estas muestras la ponemos en un portaobjetos y realizamos una tinción de Gram, podremos llegar al diagnóstico sindrómico de uretritis siempre que encontremos 4 ó más polimorfonucleares por campo; si no es así estaremos ante un síndrome uretral que en función del diagnóstico etiológico será abordado.

Los agentes que producen con mayor frecuencia esta sintomatología son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*, todos ellos esencialmente de transmisión sexual en el varón, aunque en el caso de *ureaplasma* puedan existir algunas dudas, y siempre conociendo la posibilidad de salvedades, que se refieren posteriormente. Otros agentes etiológicos como bacterias más frecuentes en tracto orofaríngeo o rectal, parásitos como *trichomonas* o distintos virus son capaces de producir un caso similar, pero esto es mucho más infrecuente y además todos los reseñables serán contemplados más adelante.

Tabla 2. Síndrome de Secreción Uretral en los varones

Síntomas Frecuentes	Signos Clínicos	Síndrome	Agentes etiológicos
Secreción uretral.	Secreción uretral	Uretritis Gonocócica	<i>N. gonorrhoeae</i>
Ardor uretral.		Uretritis No Gonocócica	<i>C. trachomatis</i>
Disuria	<i>U. urealyticum</i>		
Dolor suprapúbico	Otros gérmenes.		

Uretritis gonocócica.

La presencia de intensa secreción uretral mucopurulenta de color amarillento abundante, junto a un meato eritematoso, tras un periodo de incubación entre 1- 7 días, nos debe hacer sospechar la presencia de una uretritis aguda producida por la *neisseria gonorrhoeae*, tanto en chicos como mucho más infrecuentemente en chicas, refiriéndonos como sintomatología subjetiva intensa disuria, y escozor uretral no relacionado con la micción.

Si la infección se produjo en un periodo anterior a 30-45 días el tipo de secreción que encontraremos será más mucosa, translúcida y escasa apareciendo fundamentalmente al despertar por la mañana; estaremos en presencia probablemente ante una uretritis gonocócica crónica, teniéndose que realizar diagnóstico diferencial frente a la uretritis no gonocócicas.

Otras manifestaciones que puede producir el gonococo, en este caso tanto en el niño como en la niña son las siguientes: la **proctitis** y **faringitis gonocócica**; cursan también con eritema en la zona infectada y la presencia de secreción de las mismas características; si bien suelen ser totalmente asintomáticas. En el caso de menores de corta edad es frecuente encontrar prurito y/o enrojecimiento en la región anal y perianal, más a expensas de la propia práctica sexual que de la infección.

Ante la presencia de una infección gonocócica en un menor hay que sospechar siempre maltrato sexual, ya que la infección perinatal es muy rara y cuando se produce suele ser en forma de oftalmia. En cuanto a la posibilidad de contagio por fomites, si bien se ha visto que el gonococo puede pervivir en toallas o pañuelos de 20-24 horas, se han intentado cultivar muestras procedentes de servicios públicos sin éxito. No existe documentación en la literatura que demuestre la transmisión no sexual del gonococo, excepto la oftalmia neonatorum.

Uretritis por *Chlamydia Trachomatis*.

Este es el germen más importante desde el punto de vista etiológico de las uretritis no gonocócicas (UNG) y junto a *Neisseria gonorrhoeae* los gérmenes causantes de las E.T.S. más frecuentemente relacionados con abuso sexual de menores.

La clínica que produce es similar al de la gonococia, pero tanto cualitativa como cuantitativamente menor en signos clínicos y sintomatología subjetiva. Apareciendo habitualmente la infección aguda tras un periodo de incubación de 10-21 días.

La infección perinatal por *Chlamydia Trachomatis* suele producir conjuntivitis o neumonía, dando sintomatología muy tardíamente. Sin embargo es posible detectar *chlamydias* durante más de dos años en nasofaringe y un año en recto y/o vagina. Por esta razón y la posibilidad de reacciones cruzadas las pruebas serológicas de detección de anticuerpos son poco fiables.

La presencia de infección por *Chlamydia trachomatis* confirma la existencia de actividad sexual y en su caso de abuso sexual de menores.

No es infrecuente encontrar cultivos positivos para gonococo y *chlamydia* en el mismo individuo superponiéndose la clínica de ambos.

La presencia de Ureaplasma urealyticum o de otros gérmenes cuya patología más frecuente no es la uretritis, podrían orientar hacia la posibilidad de relación sexual previa, pero nunca serían determinantes para su confirmación.

E.T.S. QUE PRODUCEN AUMENTO DE FLUJO VAGINAL.

Cuando detectamos o la paciente nos refiere la presencia de flujo vaginal aumentado, o nos indica su presencia como una situación novedosa, debemos plantearnos dos posibles procedencias de dicho flujo, bien que sea de origen estrictamente vaginal o bien que su origen sea cervical. Si bien esta diferenciación es importante en mujeres, en niñas prepúberes apenas tiene sentido ya que los gérmenes que en población adulta producen endocervicitis en las niñas suelen dar lugar a una vaginitis con afectación cervical acompañante, sumándose la sintomatología de ambos síndromes. En el caso de adolescentes tras la menarquia, esta diferenciación si es muy relevante.

Tabla 3. **Síndrome de aumento de flujo vaginal**

Síntomas frecuentes	Signos Clínicos	Síndrome	Agente Etiológico
Flujo vaginal	Secreción vaginal o cervical anormales	Vaginitis	Trichomona vaginalis
		Vaginitis o vulvovaginitis	Candida
Prurito vulvovaginal	Eritema vaginal o vulvovaginal	Vaginosis Bacteriana	Bacterias anaerobias
Disuria			
Presión suprapúbica	Friabilidad cervical	Cervicitis	N. gonorrhoeae
Dispareunia		Cervicitis	C. trachomatis
		Cervicitis	U. urealyticum

Gonococia e infección por Chlamydias en la niña y adolescente.

En el caso de la mujer la patología más frecuentemente producida por el gonococo y la chlamydia es la endocervicitis, caracterizada por un intenso eritema del canal endocervical y la presencia en el mismo de una secreción amarillenta, espesa muy abundante, y friabilidad cervical; que se acompañan de disuria, sensación de flujo en cavidad vaginal, dispareunia y/o presión suprapúbica; cuando no es totalmente asintomática, hecho que ocurre con mayor frecuencia según cronifica la infección ya que disminuyen los signos clínicos.

En las menores prepúberes el cuadro clínico más habitual es la presencia de una vulvovaginitis, ya que el epitelio vaginal aún no sufre los cambios cíclicos menstruales, siendo un hábitat adecuado para el gonococo y la chlamydia; los signos que encontramos son una intensa tumefacción de la mucosa vulvar y vaginal ambas recubiertas por la abundante secreción anteriormente mencionada. La niña se queja de intenso dolor espontáneo, disuria y tiende a la oliguria o anuria.

Complicaciones como epididimitis en el niño, enfermedad inflamatoria pélvica en la niña o gonococia diseminada con o sin afectación visceral, en cualquiera de ellos, son infrecuentes.

Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma Hominis.

Si bien son bacterias que se encuentran más frecuentemente en menores que han sufrido maltrato sexual que en controles, su papel frecuente como flora saprófita en vagina y/o cervix, y su posible transmisión intraútero, esencialmente, o durante el parto, no permite que tras su hallazgo se pueda considerar el abuso sexual como etiología probable sin presencia de otros hechos más objetivos. Probablemente esta diferencia en su incidencia se deba a un entrevistado papel de marcadores de actividad sexual del individuo.

La enfermedad producida por ureaplasma urealyticum es similar a la cervicitis y/o vaginitis originada por chlamydia. La presencia de mycoplasma hominis parece muy relacionada con otra entidad conocida como vaginosis bacteriana, a la que aludiremos posteriormente.

Los gérmenes que producen en mujeres adultas aumento del flujo vaginal propiamente dicho son por orden de frecuencia, los Blastomicetos de genero Candida y el aumento de flora bacteriana anaerobia en detrimento de la flora aerobia; vulvovaginitis candidiásica y vaginosis bacteriana respectivamente. En ambos casos son patología sexualmente transmisible y en ninguna situación serán la base para acreditar abuso sexual. Por último, el único patógeno que produce este signo clínico es Trichomona vaginalis, estando directamente relacionado con transmisión sexual.

Trichomoniasis.

Trichomona Vaginalis es un parásito que produce un cuadro tras 3-7 días de incubación, caracterizado por intensa inflamación y flujo vaginal acuoso-espumoso, maloliente abundante; en exocervix se puede apreciar

un epitelio relativamente deslustrado, atrófico o un punteado hemorrágico; en las niñas de muy corta edad suele acompañarse de intensa inflamación vulvar.

En el caso de los varones suele cursar asintomática, aunque ocasionalmente dé lugar a una uretritis con escasa secreción mucosa, leve disuria y polaquiuria o aún menos frecuentemente una balanitis leve, en algún caso erosiva.

Esta patología difícilmente se da en mujeres prepúberes, ya que su epitelio no parece un hábitat favorable para este parásito. En personas adultas y adolescentes jóvenes no ha podido demostrarse una vía de transmisión no sexual.

Vaginosis Bacteriana.

Esta entidad que no puede considerarse infección en el sentido propio de la palabra, es un desbalance entre la flora vaginal normal, en la que se produce una deplección de lactobacilos y un aumento desmedido de anaerobios, entre los que destaca fundamentalmente *Gardnerella Vaginalis*. Esto da lugar a un cuadro de secreción vaginal lechosa grisácea y maloliente habitualmente no muy abundante, que a veces se puede apreciar sin utilizar espéculo por su salida entre los labios vulvares.

Su presencia en menores, como en el caso anterior, no nos puede servir para determinar si ha habido o no previamente abuso sexual, por ser flora saprófita. De hecho distintos estudios reflejan no encontrar diferencias entre niñas menores con sospecha de abuso sexual, con actividad sexual confirmada y grupos control de niñas sin contactos sexuales, por todo ello la realización de técnicas específicas para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana para confirmar maltrato sexual carece de sentido. Gardner, sin embargo, describe una mayor incidencia de vaginosis bacteriana entre chicas con contacto sexual previo, que en aquellas que no lo han tenido; en nuestra experiencia no parece haber una relación directa entre esta patología y actividad sexual.

Candidiasis.

La Candida, en nuestro medio más del 95% *C. Albicans*, produce en el tracto genital femenino vaginitis o vulvovaginitis, caracterizadas por la presencia de eritema de una o ambas zonas y presencia de flujo blanco y espeso que en su presentación más clásica se compara por textura y color al yogourt. El síntoma más frecuente es el prurito de moderado a intenso y de localización vulvovaginal generalmente,. También puede producir disuria por la afectación de la región perimeatal.

No existe ninguna relación entre la presencia de vulvovaginitis candidiásica y transmisión sexual, ya que este germen es colonizador habitual de la vagina. Si bien mantener relaciones sexuales con una pareja portadora o más aún con enfermedad producida por candidas puede favorecer su transmisión, el desarrollo de patología en el nuevo huésped está más en función de la inmunidad general y local y el hábitat que encuentre esta levadura en éste. Por todo ello el aislamiento de Candida o la presencia de cualquier patología producida por ella no podremos relacionarla con abuso sexual.

E.T.S. QUE PRODUCEN ÚLCERA/S GENITAL/ES.

Existen cinco enfermedades de transmisión sexual que en su evolución clínica producen ulceraciones en región anogenital principalmente, o más bien lo que se ha dado en llamar síndrome úlcera-adenopatía, ya que todas ellas también en algún momento dan lugar a la afectación de los ganglios linfáticos regionales.

No obstante, antes de plantearse la posible presencia de una ETS ante una úlcera o excoriación anogenital hay que descartar el posible origen traumático de la misma, ya sea por un hecho involuntario conocido o que paso desapercibido para el menor o bien que sea un traumatismo voluntario, una lesión facticia que utiliza el menor en la mayoría de las ocasiones para llamar la atención del entorno más próximo hacia si mismo. Por lo general las lesiones muy lineales, suelen ser pequeños cortes, las que tienen forma de semiluna pueden estar producidas al clavar una uña, las que encontramos sobre hematomas pueden estar producidas por intensa presión o golpe con material relativamente inciso etc., la historia clínica y la exploración por personal experto en la materia debería aportar suficiente luz sobre la etiología de la lesión ulcerativa.

Tabla 4. Síndromes úlcera adenopatía.

Signos y Síntomas	Adenopatía	Enfermedad	Agente etiológico
Úlcera anogenital, dolorosa o indolora	Bilateral	Herpes genital	Herpes simple tipos I ó II
	Bilateral Ganglio guía	Sífilis	Treponema pallidum
	Bubón	Chancroide o chancro blando	Haemophilus ducreyi
Dolor inguinal	Plastrón inflamatorio adenopático	Linfogranuloma venéreo	Chlamydia trachomatis L1-L3
	Pseudobubón	Granuloma inguinal	Calymmatobacterium granulomatis

Herpes Genital.

La expresión clínica del herpes genital se caracteriza por la presencia de, en un principio papulo- vesículas en un número indeterminado, con tendencia a confluir y sobre una base eritematosa, que pierden su cúpula espontáneamente a los 1-3 días produciendo ulceraciones superficiales de forma policíclica, fondo limpio y dolorosas espontáneamente; suelen acompañarse de adenopatías regionales uni o bilaterales también dolorosas. Este cuadro cura espontáneamente tras un periodo de cinco a veinte días en función de que sea una primoinfección que suele cursar con un cuadro más florido o que sea una recidiva, o que asiente en piel donde desarrollará costras durante la cicatrización o en mucosas donde no lo hará.

El herpes genital se caracteriza por ser una enfermedad recidivante, por lo que si al realizar la historia clínica nos encontramos con que se nos refiere algún episodio previo es posible que lo podamos relacionar con esta patología.

La transmisión del VHS requiere del contacto directo entre mucosas o piel con superficie dañada, por lo que la presencia durante horas de estos virus en fomites, no parece vehículo de transmisión. Sin embargo, es posible que en niños se pueda producir la autoinoculación desde un herpes labial a región anogenital, lo cual no descarta la relación fundamental entre herpes genital y abuso sexual en ellos, como prueba la presencia de lesiones producidas por virus herpes simple tipo 2 en mucosa rectal, con una evolución más lenta hasta la resolución que las producidas por simple traumatismo.

Sífilis.

Tras un periodo de incubación de 2-5 semanas aparece una mácula rojiza que se erosiona en uno o dos días dando lugar a una ulceración superficial conocida como chancro sífilítico, caracterizado por ser de forma regular, habitualmente elíptica, bordes netos, fondo limpio, base indurada y no doloroso; no obstante en ocasiones puede ser múltiple, doloroso si asienta en lugares como meato urinario o clítorix y presentar un fondo sucio a expensas de sobreinfección. A partir de los 7-10 días de su aparición podemos detectar adenopatías regionales bilaterales no dolorosas.

En torno a treinta días de su aparición el chancro cura espontáneamente. De 2-6 semanas después pueden aparecer las manifestaciones sistémicas conocidas como Sífilis secundaria, que se expresan fundamentalmente en piel, produciendo multitud de cuadros clínicos diferentes, que van desde un simple rash máculo-eritematoso muy leve a la presencia de múltiples papulo-pústulas, depapilación de la lengua o un tipo de alopecia conocida como apolillada, entre otras; lo que le ha valido el nombre de "gran simuladora"; por lo que ante abuso sexual cualquier signo cutáneo anómalo debe ser estudiado para descartar esta patología. Otros sistemas y órganos implicados de alguna forma son sistema nervioso central, ojos, oído interno, tracto gastrointestinal y riñón, si bien los daños producidos por el treponema en esta fase son escasos.

El hallazgo de serologías luéticas positivas o una clínica similar a la anteriormente referida en un menor no neonato, sin antecedentes, está probablemente relacionada con maltrato sexual. Un estudio de Lowy confirma que un 95% de las sífilis adquiridas en niños corresponden con abuso sexual siendo su forma de presentación más frecuente en el momento del diagnóstico los condilomas planos (80.7%), lesión del secundarismo luético que asienta sobre mucosas oral, vulvar o perianal con aspecto de excrecencias carnosas lisas y exudativas; mientras que el hallazgo de un chancro fue infrecuente.

La presencia en nuestro medio, así como en otros países occidentales, de otras E.T.S. como el Chancroide producido por Haemophilus ducreyi, el Linfogranuloma venéreo producido por Chlamydia trachomatis L1, L2 o L3, o el Granuloma inguinal producido por Calymmatobacterium granulomatis; es tan escasa incluso entre población con alto riesgo de contraer una E.T.S., que la posibilidad de contagiar cualquiera de estas bacterias durante el abuso sexual de un menor no pasaría de ser más que una anécdota en nuestro medio.

No es tan infrecuente su aparición en población de África subsahariana, Asia o Sudamérica, entre población adulta; no habiendo estudios de su incidencia en el marco del abuso sexual de menores.

E.T.S. QUE PRODUCEN TUMORACIONES.

Si no tomamos en cuenta la consideración que podríamos dar de tumor a las adenopatías y bubones o pseudobubones de las enfermedades que cursan con úlcera, sólo dos enfermedades de transmisión sexual producen este signo clínico: los condilomas acuminados y el molluscum contagiosum.

Enfermedad VPH.

Los condilomas acuminados o verrugas anogenitales son la manifestación clínica de la infección por el papilomavirus humano (VPH) que encontramos en menores, más relacionados con abuso sexual.

Por lo general son excrecencias carnosas que pueden asentar tanto en piel como en mucosas, de tamaño y aspecto muy variable que va desde una pequeña maculo-pápula, a grandes masas de varios centímetros de volumen; pueden ser de superficie lisa, rugosa, espiculados, filiformes etc., pueden permanecer aislados en mayor o menor número o establecerse a modo de coral formando placas; en cuanto a su coloración puede ser carnosa, hipo o hiperpigmentada. Por último, existe la posibilidad de que se manifiesten como lesiones subclínicas únicamente evidenciables utilizando solución acuosa de ácido acético al 5% y magnificación óptica, apareciendo como máculas nacaradas que pueden incluso ocupar grandes extensiones; esta técnica debe realizarse siempre que aparezcan lesiones macroscópicas o en los casos en que se sospeche que haya podido haber transmisión de este virus como ocurre cuando debemos descartar o confirmar abuso sexual. Las localizaciones más frecuentes son todas aquellas que sufren un contacto directo más intenso durante la relación sexual, probablemente debido a la producción de microtraumatismos locales.

Todas las lesiones anteriormente descritas corresponden con las diferentes manifestaciones de la enfermedad por Papilomavirus humano, ya que la infección por este virus puede producirse en cualquier momento y quedar en fase de latencia clínica en la epidermis de piel o mucosas sin causar daño alguno al huésped, que en este caso se comporta como portador asintomático del virus, que inmediatamente a la inoculación por otra persona o tras un tiempo de permanencia silente produce enfermedad por VPH con las características anteriormente referidas.

En el caso de aparición en menores, lo primero a descartar es que la infección no se halla producido intraútero o en el canal del parto, de hecho se ha podido comprobar que a mayor grado de displasia cervical se corresponde una tasa mayor de ADN de VPH en líquido amniótico y esto conlleva una mayor transmisión perinatal al aumentar la carga viral por lo que es fundamental la historia obstétrica y sexual de la madre; si bien las lesiones como hemos comentado antes pueden aparecer incluso más tarde del primer año de vida, de hecho el hallazgo de verrugas anogenitales en menores de 3 años no suele estar relacionado con transmisión sexual. Posteriormente hay que tener en cuenta que de todos los tipos diferentes de VPH, algunos de ellos no son de transmisión sexual y dan lugar a la aparición de verrugas vulgares, patología frecuente en niños, que suelen aparecer por autoinoculación desde otras zonas como cara o manos. No obstante, ante la presencia en región anogenital de lesiones de condiloma acuminado estaremos ante un caso de abuso sexual en al menos el cincuenta por ciento de los casos y precisa que se realice una investigación meticulosa, a ser posible por distintos facultativos que contemplen tanto la clínica como el diagnóstico virológico así como factores psicológicos y sociológicos del menor y su entorno.

Al encontrarnos con un menor en cuya exploración física visualizamos la presencia de condilomas acuminados en vulva o región perianal tendremos que realizar siempre que sea posible citología y cualquier técnica de detección viral tanto de vagina como cervix y recto ya que no es infrecuente encontrar en estas mucosas VPH, o coilocitosis o displasias en distintos grados evolutivos producidas por este virus, y esto modificará la actitud terapéutica a seguir.

La presencia de papilomas laríngeos u orales en pacientes pediátricos es considerada como consecuencia de la transmisión materno-filial, sin embargo en algunos casos la posibilidad de contagio por vía sexual puede ser contemplada.

Molluscum contagiosum.

En el adulto esta infección por un poxvirus que produce pápulas nacaradas, umbilicadas en su centro, a veces sobre base eritematosa; constituye por lo general una E.T.S. Sin embargo, en niños es relativamente frecuente que aparezcan por contacto casual, por lo que ante la presencia de molluscum contagiosum en región paragenital se deberá hacer exploración de todo el cuerpo, en el que se podrá evidenciar en la mayoría de los casos lesiones en otras localizaciones, así como tampoco será infrecuente la presencia de algún otro niño del entorno infectado por este virus.

Otros agentes.

Otros gérmenes como los virus Hepatitis A, Hepatitis B, Citomegalovirus o virus de Epstein-Barr relacionados estrechamente con actividad sexual, por presentar otras vías de transmisión no han sido estudiados con rigor dentro del ámbito del abuso sexual de menores, ya que la transmisión por convivencia y la transmisión vertical es más que suficiente para justificar la presencia de estos virus en el niño.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

La infección por el VIH es un hecho infrecuente en el abuso sexual de menores; a no ser que se contemple la prevalencia entre el colectivo de niños y adolescentes varones con prácticas homosexuales que se dedican a la prostitución, o en niñas y adolescentes de países subdesarrollados que viven de esta misma actividad. El cuadro clínico desarrollado es similar al de los adultos excepto en niños de muy corta edad, cuya evolución es más rápida y presentan con mucha mayor frecuencia que los adultos neumonía intersticial linfocítica.

La presencia en menores de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana es debida fundamentalmente a la transmisión vertical aunque otros factores como las transfusiones, el uso de drogas por vía parenteral o actividad sexual puede ocurrir en colectivos expuestos concretos. La incidencia de transmisión del VIH mediante abuso sexual es menor del 1%. Sin embargo, en un estudio realizado en EEUU y publicado en 1993 encuentran una tasa de infección en torno al 10% una vez excluidas otras posibles vías de contagio, siendo la principal variable de riesgo ser mujer de etnia afroamericana, la media de edad 9 años y los perpetradores del abuso el padre de la víctima en un 42 % y en un 25 % otras personas relacionadas con la víctima.

Un efecto colateral relacionado con abuso sexual es la mayor prevalencia de infección VIH en mujeres que en la infancia sufrieron este tipo de situaciones, en relación con un menor uso de preservativo tanto en parejas estables como esporádicas y un mayor número de partners sexuales en su vida.

DIAGNOSTICO

A tenor de las indicaciones de los C.D.C.'s ante la sospecha de maltrato sexual se deberá seguir el siguiente criterio para el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual:

Se deben realizar pruebas sobre muestras procedentes de uretra, ano, faringe, vagina y cuando se pueda de cervix - ya que está necesariamente indicado el uso de espéculo vaginal, excluyéndose si no se ha completado nunca la penetración - en todos los casos, tanto por la presencia de clara sintomatología, como por tamizado; ya que en muchos casos encontraremos E.T.S. que cursan asintomáticas e incluso en localizaciones que el menor no nos ha indicado como sujetas a prácticas sexuales. Las pruebas de laboratorio que se realizarán son las siguientes:

Niñas

- Exploración física en busca de condilomas acuminados o lesiones ulcerativas
- Cultivo para Neisseria gonorrhoeae, con toma de muestras de faringe, canal anal, vagina en niñas prepúberes y cervix en adolescentes jóvenes.
- Cultivo de Chlamydia Trachomatis de recto, vagina en prepúberes y cervix en adolescentes jóvenes. Las tomas de faringe no están recomendadas por problemas de sensibilidad de algunos medios diagnósticos y por la posible permanencia de esta bacteria desde el parto.
- Examen de orina y cultivo vaginal para Trichomona Vaginalis.
- Cultivo de Virus Herpes Simple siempre que se encuentre inflamación en vagina, recto, uretra y región ocular.
- Campo oscuro de muestras tomadas de lesiones ulcerativas en mucosa genital o paragenital y de lesiones cutáneas o mucosas sugerentes de secundarismo sifilítico.
- Test serológicos que nos servirán como pruebas basales de comparación el seguimiento de los posteriores análisis. Los agentes a estudiar serán T. Pallidum, VIH y VHB
- Examen en fresco o tinciones para advertir la presencia de células clave o clave, indicativas de vaginosis bacteriana ¿?. No tienen valor para demostrar abuso sexual.
- Pruebas de embarazo, si están indicadas.

Niños

- Búsqueda de condilomas acuminados y lesiones ulcerativas.
- Cultivo de Neisseria Gonorrhoeae en faringe, recto y uretra
- Cultivo para Chlamydia trachomatis de recto y uretra.
- Cultivo de VHS siempre que se encuentre inflamación en región anogenital y paragenital.
- Campo oscuro de muestras tomadas de lesiones ulcerativas en mucosa genital o paragenital y de lesiones cutáneas o mucosas sugerentes de secundarismo luético.

- Test serológicos para T. Pallidum, VIH y Virus Hepatitis B.

En el caso del cultivo del gonococo con el fin de no confundirlo con otras bacterias, especialmente otras Neisserias, se debe realizar test de oxidación de azúcares o reacciones enzimáticas. Distintos estudios confirman que ante la ausencia de descarga uretral o secreción mucopurulenta vaginal, cervical, rectal o faríngea los cultivos resultan negativos, por lo que se pone en tela de juicio la realización de cultivo ante la ausencia de signos clínicos. En el caso de infección por Chlamydia ocurre habitualmente lo contrario cursando en la mayoría de las ocasiones de forma asintomática.

La utilización de medios diagnósticos como enzima-inmunoanálisis o inmunofluorescencia directa para la detección de Chlamydia trachomatis no es correcta por la alta probabilidad de falsos positivos, esencialmente cuando las muestras utilizadas proceden de recto o faringe. La posibilidad de utilizar pruebas basadas en la amplificación de ácidos nucleicos como PCR o LCR podrían ser una alternativa al cultivo pero todavía no están ni suficientemente estudiados ni son utilizados en muchas clínicas.

La serología luética ha de realizarse utilizando pruebas tanto reagínicas como treponémicas, siendo estrictamente necesaria que estas últimas sean positivas, para confirmar el diagnóstico.

También en el caso de la sífilis, si se encuentra en estadios con presencia de clínica, se podrá además, visualizar en campo oscuro el treponema pallidum en muestras procedentes de las lesiones, lo que confirmará inmediatamente el diagnóstico.

La realización de pruebas serológicas de anticuerpos frente a VIH está recomendada, si bien como ya comentamos la incidencia de infección por este virus es muy escasa en el caso de maltrato sexual de menores que no practiquen prostitución. La indicación se justifica en un mayor grado en aquellas zonas donde la prevalencia de infección por VIH sea muy alta, como ocurre en grandes zonas urbanas de nuestro país.

Existen técnicas moleculares de detección y tipado del ADN del papillomavirus humano que pueden utilizarse para confirmar abuso sexual, en el caso de que se sospeche de un agresor concreto; en tal caso se debería realizar sondas ADN o PCR a ambos para confirmar la presencia del mismo tipo de virus (58). La presencia de ADN de los tipos 6/11, 16/18 ó 31+ en un niño con verrugas anogenitales está significativamente relacionado con la transmisión vertical o sexual del VPH (38, 59, 60), la presencia de AND de los tipos 2 ó 3 estará posiblemente relacionado con auto o heteroinoculación desde zonas no genitales (61, 62). En el resto de las situaciones si bien no serán de gran ayuda a la hora de demostrar el maltrato infantil, teniendo en cuenta que el tipo de HPV aisladamente tampoco es un indicador exacto de abuso sexual; servirán para conocer el posible riesgo de desarrollar carcinoma y la actitud terapéutica a seguir.

Por último, la confirmación diagnóstica de la presencia de varios agentes implicados en la etiología de E.T.S. esclarece más aún la posibilidad de maltrato sexual.

Transcurridos tres meses lo más correcto sería realizar una nueva exploración de la víctima y la realización al menos de las pruebas serológicas, ya que sus resultados doce semanas después del último incidente ya pueden ser valorados.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de cualquiera de estas patologías se iniciará tras la confirmación del diagnóstico, mediante terapia específica, la posibilidad de instaurar tratamiento profiláctico está en debate, ya que excepto la vacunación frente al virus B de la hepatitis (VHB), tanto su eficacia como posible toxicidad está sin evaluar. A continuación exponemos una guía con los tratamientos más eficaces adecuados al grupo etario al que nos referimos.

La terapia psicológica del menor que ha sufrido maltrato sexual es pieza clave no sólo para su salud mental, se puede comprobar como los síntomas característicos del abuso sexual tales como la depresión crónica, la sexualidad compulsiva o la revictimización hacen mucho más difícil establecer una educación y conductas correctas que dificulten la posibilidad de contraer una E.T.S., esencialmente la infección por el VIH (63). En el punto opuesto signos como ansiedad generalizada o aversión por el sexo también corresponden a situaciones desarrolladas tras abuso sexual, más frecuentemente en mujeres (64), que de "forma patológica" protegerían contra las E.T.S.

Tabla 5. Esquema de tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.).

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO	NOTAS
Gonococia	Ceftriaxona 125 ó 250 mg. IM monodosis. Espectinomomicina 2g IM monodosis	En niños de peso menor a 45 Kg La dosis recomendable es 125 mg. 40 mg/Kg hasta un máximo de 2g
Infección por Chlamydia	Azitromicina 1000mg. VO monodosis Doxiciclina 100 mg./12h x 7 días.	En niños con peso menor a 15 Kg La dosis recomendable es 250 mg No usar doxiciclinas en < 8 años → Eritromicina 50mg/Kg/d VO 10-14 d
Infección por Ureaplasma	Doxiciclina 100 mg./12h x 7 días.	En menores de 8 años, durante 7 d. Eritromicina 10-20 mg/Kg peso/8 h.
Sífilis precoz	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM monodosis	En menores de 8 años 1.200.000 UI puede ser suficiente
Sífilis no precoz	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM/7 días x 3	En menores de 8 años 1.200.000 UI puede ser suficiente
Infección por Herpes simple	Valaciclovir 1g/12h x 5-10 días. Famciclovir 250mg/8h x 5-10 días. Aciclovir 1g.en 5 tomas x 5-10 días.	En menores de 2 años media dosis de Aciclovir Antisépticos y/o antibióticos tópicos pueden ser útiles.
Condilomas acuminados	Crioterapia, Laservaporización Cirugía convencional Imiquimoid tópico ¿Cidofovir tópico?	Podofilotoxina, resina de Podofilino o 5-Fluoracilo tópicos, pueden ser utilizados como tratamientos alternativos.
Molluscum contagiosum	Crioterapia, curetaje.	Evitar la autoinoculación.
Infección por VIH	Antirretrovirales en combinación Tratamiento de enf. oportunistas	Los niveles de CD4+ y carga viral ARN-VIH plasmática delimitarán el inicio y tipo de tratamiento
Trichomoniasis	Tinidazol 2 g. monodosis. Metronidazol 2g monodosis	En niños 50-75 mg/Kg peso.
Vaginosis Bacteriana	Metronidazol 250 mg/6-8 h. x 7 d. Clindamicina 2% tópica/24h x 7 d.	Niñas menores de 10 años 125 mg/8 h x 7 días.
Tratamiento profiláctico ¿?	Pauta simultánea con 3 fármacos: Ceftriaxona 125 mg IM monodosis Metronidazol 2g VO monodosis Azitromicina 1g VO monodosis	En debate por carecer de estudios de eficacia y toxicidad

Índice

- Introducción
- Consideraciones generales
- Procedimiento de recogida de pruebas en víctimas femeninas
- Procedimiento de recogida de muestras forenses en víctimas varones
- Contenido del paquete testigo

Introducción

La recogida de pruebas forenses se suele realizar al tiempo que se explora físicamente a la víctima. Los distintos tipos de pruebas que se buscan incluyen la presencia de esperma y líquido seminal, tests positivos para enfermedades de transmisión sexual y embarazo, y la detección de material extraño en la superficie corporal o vestimenta de la víctima. Aunque en el abuso sexual infantil no suelen encontrarse pruebas, si la recogida de muestras forenses se realiza de manera rutinaria y protocolizada, y dentro de las primeras 72 horas de haber ocurrido el abuso, se obtendría documentación de probable contacto sexual en un número significativo de casos, además de detectar condiciones o enfermedades que pudieran requerir intervención médica.

Consideraciones generales

- ◆ Es muy importante crear un ambiente tranquilo y de confianza durante la exploración y toma de muestras forenses, teniendo siempre en cuenta el estado emocional de la víctima y respetando su pudor.
- ◆ Nunca se debe de forzar la exploración ni la recogida de muestras.
- ◆ Se debe de informar a la víctima en palabras que pueda entender, en que consiste tanto el examen físico como la recogida de muestras, y si se van a emplear determinados instrumentos como espejuelo, cámara fotográfica etc., éstos se deben de mostrar a la víctima antes de realizar la exploración.
- ◆ Es esencial que la exploración y toma de muestras sea lo más traumática y relajada posible. Es aconsejable fomentar la conversación durante el examen y proceso de recogida de muestras.

Antes de abordar de manera detallada y específica los pasos a seguir en la recogida de muestras forenses hay que considerar los siguientes puntos:

- Acordar con el laboratorio que procesa las muestras los detalles específicos sobre la recogida, etiquetado y embalaje de las muestras.
- Se debe de seguir un protocolo de recogida de muestras y/o un listado de control para garantizar la correcta recogida de todas las muestras necesarias. El protocolo en cuestión debe de prever asimismo posibles circunstancias que puedan alterar la recogida rutinaria de pruebas.
- Los "kits" de recogida de muestras deben de ser estandarizados, tanto si se trata de los "kits" de violación comercialmente disponibles, o de uno montado in situ.
- Se debe de obtener consentimiento antes de la realización del examen físico y toma de muestras. Si es oportuno, se debe de obtener consentimiento tanto de la víctima como de la madre o el padre, o el tutor.
- Hay que tener en cuenta que las pruebas realizadas para la detección de líquido seminal y/o esperma suelen ser negativas si se realizan pasadas 48-72 horas de la eyaculación.
- Las muestras de cultivo recogidos para descartar enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, chlamydia trachomatis, trichomona vaginalis, virus herpes simple...) deben de ser procesados por el laboratorio de microbiología, y por tanto no deben de ir incluidos junto con el material dirigido al laboratorio forense.
- Por último. Se debe de documentar toda manipulación de las pruebas recogidas, para mantener una "cadena de evidencia". Esto incluye: limitar el número de personas involucradas en la obtención y manejo de las pruebas y documentar con exactitud los nombres y lugares de las personas implicadas desde el momento de la recogida de las muestras hasta su procesamiento en el laboratorio forense.

Procedimiento de recogida de pruebas en víctimas femeninas:

- 1) Toda persona involucrada en la recogida y manejo posterior de las pruebas debe de usar guantes de latex.
Si la exploración tiene lugar en las primeras 72 horas del abuso, y la víctima lleva la misma ropa, hacer que la niña se desnude sobre una hoja de papel limpia. Guardar cada pieza de ropa en una bolsa de papel individual y manipular cada pieza lo menos posible. (Utilizando bolsas de plástico se puede fomentar el crecimiento de *Cándida* y otros organismos, lo que puede destruir parte de la evidencia.) Observar si hay desgarros, manchas o material extraño al tiempo que se coloca cada pieza en la bolsa. Documentar éstos hallazgos. Si la mancha es intensa envolver la pieza en más papel antes de guardarla en la bolsa. Identificar la pieza junto con el nombre de la niña y la fecha. Sellar con cinta adhesiva. Poner iniciales en la bolsa evidencial para que las iniciales cubran la cinta y la bolsa.
- 2) Peinar el cabello con cuidado y sobre una toalla de papel. Envolver los cabellos y el peine en la toalla, e introducir en un sobre evidencial, etiquetar y sellar.
- 3) Si la víctima tiene vello púbico, atravesar un peine suavemente sobre una toalla de papel. Envolver el peine, vello/fibras en la toalla de papel e introducir en sobre evidencial, etiquetar y sellar.
- 4) Inspeccionar toda la piel, zona mamaria y zona genital (himen y periné) y documentar señales de trauma, manchas y/o detritos. Recoger los detritos y raspaduras de uñas de la víctima, introducir en sobre, etiquetar y sellar. Usar la lámpara de Wood para hacer fluorescer el liquido seminal. De cualquier zona fluorescente se tomará una muestra con una torunda humedecida en solución salina, se deja secar al aire, se introduce en sobre, se etiqueta y sella.
- 5) Para inspeccionar la vagina y el cervix, en niñas mayores, se recomienda utilizar un espéculo pediátrico humedecido en solución salina para buscar lesiones traumáticas así como otras anomalías (p.e. herpes genital, condilomas...). No utilizar el espéculo en niñas pequeñas a no ser que exista indicación médica.
- 6) Al mismo tiempo que se inspecciona la piel y genitales externos, se debe de obtener varios frotis (de 2 a 4) de cada zona u orificio penetrado o lesionado, para determinar la presencia de esperma, fosfatasa ácida, y antígenos P30 y MHS-5. El número de torundas a utilizar para cada muestra depende del laboratorio forense. En general se emplean de 2 a 4 torundas humedecidas en solución salina antes de recoger las muestra. la mayoría de los laboratorios requieren que la muestra se deje secar al aire (≅ 60 mins) antes de guardarse en sobre testigo. De ésta manera al :
 - a) Inspeccionar la **vagina** y si existe sospecha de penetración y/o lesión tanto por la historia como por los hallazgos físicos, con 2 a 4 torundas estériles de algodón, se obtiene el fluido que se pueda encontrar en el fornix vaginal posterior. Se extiende el fluido recogido en un portaobjeto de cristal y se deja secar al aire. Guardar las torundas en un sobre, etiquetar y sellar. Colocar los porta secados en un marco de cartón, etiquetar con el nombre de la víctima, fecha, origen de la muestra e iniciales del examinador, y cerrar firmemente con cinta adhesiva. Si hay un microscopio disponible preparar un porta para examen en fresco y etiquetar. Asimismo se recogerá muestra de flujo vaginal con torunda para cultivo, introducido en medio adecuado, para el diagnóstico de posibles ETS, y para envío a laboratorio de microbiología propiamente etiquetado.
 - b) Si la edad de la víctima es adecuada, y ha habido penetración, se pueden obtener muestras del **cervix**, y se procesarían de la misma manera que las muestras vaginales. (En niñas pre-púberes es suficiente con cultivos vaginales.)
 - c) **Zona Anal.** Si al inspeccionar la zona anal existen signos sugerentes de trauma o penetración, recoger muestra con 2 a 4 torundas de algodón estériles, extender torunda en los porta y dejar secar. Procesar las torundas y los porta como se ha descrito en el apartado anterior. Si ha habido trauma o penetración y no se observa sangrado, realizar un "Fe cult" y anotar resultados. Obtener muestras para cultivo de posibles ETS en su medio apropiado. Si hay un microscopio disponible preparar un porta para examen en fresco y etiquetar. Se debe de realizar un tacto rectal en todos los pacientes.
 - d) (Opcional): Una vez obtenidos los cultivos y muestras forenses, se puede aplicar una solución de azul de toluidina al 1% en la zona genital y anal, lo que haría resaltar micro abrasiones si se hubieran producido. También puede ser útil el empleo de una luz magnificadora.
 - e) Examinar la **cavidad oral** si ha habido penetración. Utilizando 4 torundas frotar las encías, parte interior de mejillas y zona amigdalal. Extender en los porta, y hacer un examen en fresco si hay microscopio disponible. Procesar las torundas y los porta como se ha descrito, y obtener muestras para cultivo de gonococo y otras ETS.
- 7) Recoger la saliva haciendo que la niña chupe de 3 a 4 torundas estériles para determinar el status antigénico secretor de la víctima. Si ha habido penetración oral, hacer que la víctima se enjuague la boca y esperar 15 mins antes de tomar la muestra. Solo la víctima debe de tocar éstas torundas. Dejar secar las torundas. Introducirlos en un sobre, etiquetar y sellar.

- 8) Si hay señales de mordedura y la niña no se ha bañado, recoger muestra de posible saliva del agresor, utilizando 4 torundas estériles humedecidas en solución salina y frotar suavemente la zona.. Dejar secar, introducir en sobre, etiquetar y sellar. Documentar la mordedura mediante una fotografía colocando una regla adyacente a la misma, o realizando un dibujo de lo observado.
- 9) Extraer sangre venosa para pruebas antigénicas forenses y pruebas serológicas. (Éstas últimas se enviarán a laboratorio de microbiología/serología.)
- 10) Examinar todos los porta en fresco obtenidos para visualizar posibles espermatozoides motiles o no-motiles. Documentar los hallazgos en la hoja de la exploración. Así mismo comprobar si hay trichomonas u otros organismos y anotar los hallazgos.
- 11) Inspeccionar y poner iniciales en todos los sobres y paquetes testigo. Colocar todo en un solo sobre o paquete testigo. Poner una copia de la hoja de exploración o de información general en el sobre o paquete único. Sellar con cinta adhesiva de testigo, y firmar sobre la cinta.
- 12) Poner el paquete completo en la nevera y cerrar con llave.
- 13) Si se requiere una prueba toxicológica, tanto por la víctima y/o detective, recoger una muestra de sangre adicional, así como una muestra de orina para determinación de posibles tóxicos.

Procedimiento de recogida de muestras forenses en víctimas varones.

- 1) Si la exploración tiene lugar en las primeras 72 horas del abuso, y la víctima lleva la misma ropa, hacer que el niño se desnude sobre una hoja de papel limpia. Guardar cada pieza en una bolsa de papel individual, y manipular cada pieza lo menos posible y siempre utilizando guantes de latex. Observar si hay desgarros, manchas o material extraño al tiempo que se coloca cada pieza en la bolsa. Documentar estos hallazgos. Si es intensa la mancha, envolver la pieza en más papel antes de guardarla en la bolsa. Identificar la pieza junto con el nombre del niño y la fecha. Sellar con cinta adhesiva. Poner las iniciales en la bolsa testigo, para que las iniciales cubran tanto la bolsa como la cinta.
- 2) Inspeccionar toda la superficie corporal para lesiones y detritos, incluyendo pelos y uñas. Guardar los hallazgos en sobres testigo, etiquetar y sellar.
- 3) Peinar de manera suave el cabello sobre una toalla de papel. Envolver los cabellos y el peine en la toalla y guardar en sobre testigo, etiquetar y sellar.
- 4) Si la víctima tiene vello púbico, atravesar un peine suavemente sobre una toalla de papel. Envolver el peine, vello/fibras en la toalla de papel y guardar en sobre testigo, etiquetar y sellar.
- 5) Inspeccionar los genitales buscando lesiones traumáticas, manchas y/o detritos. Recoger los detritos, guardar en sobres testigo, etiquetar y sellar. Usar la lámpara de Wood para hacer fluorescer el liquido seminal. De cualquier zona fluorescente se tomará una muestra con una torunda humedecida en solución salina, se deja secar, se introduce en sobre, se etiqueta y sella. En algunos casos es útil el empleo de una luz magnificadora.
- 6) Usar torundas uretrales masculinas para obtener cultivos para gonorrhea y otras ETS. Colocar torundas en sobre testigo, etiquetar y sellar.
- 7) Humedecer ligeramente 2 torundas estériles con solución salina y frotar a fondo toda la superficie externa del pene y del glande. Extender el material recogido en las torundas en porta-objetos de cristal y etiquetar dicho porta en lápiz como "frotis peneal". Dejar secar las torundas y el porta. Colocar el porta en marco de cartón y cerrar firmemente con cinta adhesiva. Guardar las torundas secas en sobre testigo, etiquetar y sellar.
- 8) Inspeccionar la zona anal buscando lesiones traumáticas o signos de penetración. Si existen signos sugerentes, recoger muestras con 2 a 4 torundas estériles, y extender en porta. Dejar secar y guardar torundas en sobre testigo, etiquetar y sellar. Colocar el porta seco en marco de cartón, etiquetar y cerrar firmemente con cinta adhesiva. Si ha habido trauma o penetración, pero no se observa sangrado, realizar un "Fe cult" y anotar resultados. Obtener muestra para cultivo de gonorrhea y otras ETS. Si hay un microscopio disponible preparar un porta para examen en fresco y etiquetar. Se debe de realizar un tacto rectal en todos los pacientes.
- 9) Examinar la cavidad oral si ha habido penetración. Utilizando 4 torundas previamente humedecidas, frotar las encías, parte interior de las mejillas y zona amigdalal. Extender en los porta, y hacer un examen en fresco si hay un microscopio disponible. Procesar las torundas y los porta como se ha descrito. Etiquetar el porta con el nombre del niño, fecha, origen de la muestra e iniciales del examinador. Obtener muestras para cultivo de gonococo y otras ETS.
- 10) Recoger la saliva haciendo que el niño chupe de 3 a 4 torundas estériles para determinar el status antigénico secretor de la víctima. Si ha habido penetración oral, hacer que la víctima se enjuague la boca, y esperar unos 15 mins. antes de recoger la muestra. Solo la víctima debe de tocar éstas torundas. Dejar secar las torundas. Introducirlos en un sobre, etiquetar y sellar.

- 11) Si hay señales de mordedura y el niño no se ha bañado, recoger muestra de posible saliva del agresor, utilizando 4 torundas estériles humedecidas en solución salina y frotar suavemente la zona. Dejar secar, introducir en un sobre testigo, etiquetar y sellar. Documentar la mordedura mediante una fotografía colocando una regla adyacente a la misma, o, realizando un dibujo de lo observado.
- 12) Extraer sangre venosa para pruebas antigénicas forenses y pruebas serológicas: (RPR, VIH...)
- 13) Examinar todos los porta en fresco obtenidos para visualizar posibles espermatozoides motiles o no-motiles. Documentar los hallazgos en la hoja de exploración. Así mismo comprobar si hay trichomonas u otros organismos, y, anotar los hallazgos.
- 14) Inspeccionar y poner iniciales en todos los sobres y paquetes testigo. Colocar todo en un solo sobre o paquete testigo y poner una copia de la hoja de la exploración en dicho sobre único. Sellar con cinta adhesiva de testigo, y firmar la cinta.
- 15) Colocar el paquete completo en la nevera y cerrar con llave.
- 16) Si se requiere una prueba toxicológica tanto por la víctima y/o por el detective, obtener una muestra de sangre adicional, así como una muestra de orina para la determinación de posibles tóxicos. Etiquetar con el nombre del niño y guardar en sobre testigo junto con el resto de evidencia refrigerada.

Contenido del paquete testigo

El *paquete testigo* puede incluir:

- Una copia de la hoja de la exploración.
- Vestimenta. (La ropa interior se debe de refrigerar.)
- Portas secos con muestras procedentes de cervix, vagina, cavidad oral y anal.
- Torundas secas con muestras procedentes de cervix, vagina, cavidad oral y anal.
- Material obtenido del peinado del vello púbico.
- Pelos del cuero cabelludo.
- Raspaduras de uñas o uñas cortadas.
- Muestras de saliva.
- Torundas secas de manchas.
- Material extraño.
- Tubo con sangre venosa para pruebas antigénicas forenses.
- Tubo con sangre venosa para toxicología.
- Muestra de orina para toxicología.

Índice

Detección - diagnóstico

1. Aspectos preventivos o detección de situaciones de riesgo
2. Presentación clínica
3. Valoración clínica – diagnóstica
 - Anamnesis ante sospecha fundada o caso evidente
 - Exploración

Conducta a seguir en la valoración forense

Conducta y tratamiento

Los abusos sexuales a los niños son un problema de enorme magnitud, no sólo por su elevada frecuencia, sino por las consecuencias de aumento de morbilidad a corto y a largo plazo y por el riesgo de suicidio.

Aunque cada vez más existe conciencia social de su existencia, todavía se tienen *falsas creencias* en la sociedad respecto de los agresores y de los agredidos. En el contexto sanitario, este problema se tiende a infradiagnosticar; quizás por temor a implicarse en problemas clínicos para los que no se tienen los conocimientos suficientes y que en cierto modo, producen rechazo por las implicaciones legales que pueden derivarse.

Es importante que todo médico sepa que los abusos sexuales existen, al menos en una de cada cinco niñas y uno de cada siete niños. También es necesario que conozca, que los niños objeto de abuso sexual lo son de forma reiterada y que no se produce en grupos étnicos residuales. Todos los niveles sociales, económicos y culturales tienen entre sus miembros a agresores sexuales que aparentemente son normales (no son personalidades peculiares) y que es en el entorno familiar donde se producen la mayoría de los abusos.

Estamos pues, ante un problema generalizado y difícil y en el que los más indefensos, son los que sufren: los niños. Y dicho sufrimiento se suele ocultar por miedo de los pequeños, por vergüenza de los familiares, por amenazas del agresor o por insuficiente detección (y denuncia) en la consulta del médico.

El abuso sexual se define como aquel contacto o interacción entre un niño y otra persona, en la cual el niño es sexualmente explotado para gratificación o provecho de la otra persona (*National Center of Child Abuse and Neglect, 1978*). La mayoría de los autores consideran que siempre que exista coerción o asimetría de edad las conductas sexuales deben de ser consideradas abusivas.

Las conductas que conllevan abuso sexual son múltiples, pero es conveniente conocerlas para que la aproximación diagnóstica se realice de la forma más precisa.

El médico tiene que saber que en el adecuado manejo de estos problemas no sólo tiene responsabilidad profesional y ética, sino legal.

Se debe comunicar a las instituciones pertinentes y dar parte al juez (al cual corresponderá decidir la existencia, o no, del abuso), siempre que tenga una sospecha razonable de que se hayan cometido abusos sexuales en los niños, ya que constituye delito o infracción disciplinaria el incumplimiento de esta obligación (art 576 del Código Penal y arts 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

Quien dictamina la existencia del abuso es el juez, no el médico.

Detección - diagnóstico

El **diagnóstico clínico** del abuso sexual debe hacerse desde tres diferentes aspectos:

1. *Aspectos preventivos*, reconociendo **situaciones sociales o familiares de riesgo**, para detectarlas y tratar de evitarlas.
2. *Sospecha clínica*. En la mayoría de los casos debemos de sospechar la existencia del abuso ante cuadros clínicos de índole psicopatológico y no por consulta del propio hecho. Otras veces son lesiones que observamos a la exploración por otras causas, las que nos pondrán sobre aviso de posible abuso.
3. *Valoración clínica - diagnóstica*. Bien ante casos **de consulta directa** derivada del abuso, **o bien ante una sospecha indirecta**, pero razonable, de la existencia del mismo.

1. Aspectos preventivos o detección de situaciones de riesgo

No se puede hablar con propiedad de grupos de riesgo ni de víctimas, ni de agresores, aunque se ha invocado la pobreza, bajo nivel cultural, hacinamiento, alcohol, etc... Todos los niños tienen potencialmente posibilidades de ser víctimas de abusos sexuales.

La mayoría de los estudios indican que el agresor, frecuentemente, es un varón de edad avanzada (aunque en un 20% son adolescentes), mientras que en uno de cada cinco niños en el 40% de los casos la persona que abusa es un familiar del niño, en otro 40% es conocido de la familia y únicamente en el 20% de los casos el agresor es un desconocido.

Es por tanto el Incesto la forma más habitual de abusos sexuales en los niños: Existen, para algunos autores, características específicas de la familia incestuosa. La siguiente tabla describe las características de cada elemento familiar.

Cuadro 1. Características de la familia incestuosa (padre - hija)

Familia	<ul style="list-style-type: none">• Estrés familiar• Cese de relaciones sexuales entre los padres• Ambiente social laxo o represivo
Padre	<ul style="list-style-type: none">• Cambios familiares que ocasionan estrés• Ha comenzado a beber o está bebiendo más• Busca protección en la hija
Madre	<ul style="list-style-type: none">• Dependencia económica y emocional del marido• Personalidad frágil• Impulsa a la hija a asumir el papel de esposa• Comienza a trabajar por la noche, cae enferma o deja al padre y a la hija solos• Promiscuidad
Hija	<ul style="list-style-type: none">• Necesita de atención y afecto• Depresiva, problemas escolares, baja autoestima, reservada• Disposición a rescatar al padre de la infelicidad

Modificada de Harlan MG. Childhood Sexual Abuse: Role of the Family Physician. Am Fam Physician 1995; 51:407-414

No hay un perfil característico de los niños víctimas de abusos sexuales, aunque a menudo están inmersos en mundos donde se acepta la gratificación sexual de la persona que tiene la autoridad sobre el niño. Gran parte de los niños tratados por este problema, tienen padres, que a su vez, fueron víctimas en su niñez de las mismas agresiones.

Se ha relacionado a determinadas situaciones familiares que hacen más vulnerables a los niños. Así la ausencia de padres biológicos, incapacidad o enfermedad de la madre, conflictos entre los padres (enfados, indiferencia, peleas, separaciones, divorcios) o relaciones pobres con los padres y el hecho de tener padrasto, parecen aumentar la posibilidad de los abusos sexuales.

El incesto no es un evento más en la vida del niño y de la familia; si no que aparece en el contexto de una historia sembrada de duelos, de violencia y de separaciones... (Crivillé A, 1994). Por ello, la investigación minuciosa del entorno familiar, ayudándonos de una buena anamnesis y de instrumentos como el APGAR familiar puede ayudarnos a concretar una sospecha clínica para conseguir la identificación y el manejo apropiado posterior.

El siguiente caso clínico es un ejemplo de la posible existencia de situación de riesgo en una consulta habitual en un centro de salud:

Caso clínico

Niña de 5 años que acude a nuestra consulta en el Centro de Salud por primera vez.

La niña viene con una tía (hermana de su madre) aportando un informe del servicio de urgencias de un hospital de otra provincia con diagnóstico de posible infección urinaria (ITU). Se le pautó Amoxicilina + Ac Clavulánico y se recomienda seguimiento y urocultivo posterior en su Centro de Salud.

Se cita para historiar al día siguiente, indicándole que acuda su madre y traiga los informes, si los tiene, de problemas de salud previos.

Al día siguiente acude, de nuevo con su tía y se realiza la historia clínica habitual con médico y enfermera.

Se trata de niña bien cuidada higiénicamente y con vestidos y estética elegantes. Llamaba la atención los modales de exquisita educación y la seriedad de la niña, no acordes con su corta edad.

Motivo de Consulta: Posible infección urinaria

Antecedentes Personales: Embarazo y parto normales. Periodo neonatal normal. Desarrollo psicomotor y pondero - estatural normales y adecuados. Vacunas actualizadas. No cirugía previa, ni alergias conocidas.

No refería enfermedades anteriores (salvo catarros ocasionales y hace dos años episodio de otitis media aguda) hasta hace dos meses que presenta cuadros, repetidos en 2 ocasiones, de molestias urinarias valoradas en su anterior Centro de Salud y por pediatra privado de posible ITU a pesar de negatividad de los cultivos de orina. En ambos casos se realizó tratamiento antibiótico

Antecedentes Familiares: Padre 40 años, abogado con cuadro depresivo - ansioso desde hace un año a raíz de la quiebra de su empresa. Madre de 30 años, modelo publicitario sin patología conocida, que viaja mucho y pasa poco tiempo en casa Ambos están en trámites de separación.

No tiene hermanos.

Desde los 3 años va a un colegio inglés de la zona anterior donde vivía y el resto del tiempo estaba en caso con una cuidadora. Desde hace un año la mayor parte del tiempo lo pasa con su padre que ahora no trabaja.

Viven en nuestro barrio desde hace 2 semanas y su tía que vive cerca del nuevo domicilio, es la que se preocupa de traerla a la consulta.

EA: Hace dos días notó desde por la mañana molestias y escozor intenso al orinar, aumento de la frecuencia miccional con escasa emisión de orina en cada ocasión. No fiebre, no dolor lumbar, no alteración del estado general.

Exploración: Peso y talla en percentil 75. Exploración somera normal. La niña se muestra sumisa y con escasa gesticulación. Ante las bromas de la enfermera y del médico no se rio en ningún momento.

Esta es una situación clínica clara de investigación "prudente" de la situación sociofamiliar, que puede ser factor de riesgo de posible abuso.

2. Presentación clínica.

Debido a la alta prevalencia y a su dificultad diagnóstica, se ha propuesto la búsqueda sistemática mediante protocolos de uso rutinario, para la detección precoz de estos procesos haciéndolo constar en la historia clínica. En la mayoría de los niños, el motivo de consulta que presenta, oculta el verdadero problema que constituyen estas agresiones.

Los niños agredidos sexualmente pueden presentar manifestaciones tanto a corto plazo como a largo plazo. A corto plazo pueden presentar, desde cambios mínimos, a manifestaciones físicas o psíquicas importantes.

Así la aparición de comportamientos seductores, sexuales y agresivos, juegos sexuales (con muñecas o con personas), masturbación, etc. Si no se detectan y se tratan, pueden aparecer a largo plazo, manifestaciones más severas, tanto psiquiátricas, comportamentales, como sexuales.

Incluiremos en el diagnóstico diferencial a los abusos sexuales cuando estén presentes en el niño:

- Preocupación por la sexualidad o negación de la misma, actividad sexual agresiva y persistente.
- Miedos excesivos, ansiedad, pesadillas, depresión, cefaleas, tendencias suicidas.
- Retraso escolar, dificultad en la concentración.
- Síntomas depresivos, mal humor, irritabilidad
- Anorexia-bulimia. Abuso de alcohol o drogas

Así mismo cuando detectemos los siguientes síntomas físicos:

- Sangrado, dolor, flujo patológico o inflamación vaginal y/o rectal.
- Eneuresis, infecciones urinarias.
- Encopresis, cambios en el ritmo intestinal.
- Dolor abdominal crónico
- Gestación de adolescentes

En general, el motivo de consulta que presenta un niño, oculta el verdadero problema, ya que el niño no suele denunciarlo abiertamente. No se trata de ver abusos sexuales por todas partes pero tampoco debemos ignorar que 1 de cada 5-7, sufre algún tipo de abuso a lo largo de su vida.

El siguiente caso clínico es un ejemplo de la presencia de patologías que deben hacernos pensar e investigar la posible existencia de abuso:

Caso clínico

Motivo de consulta: María del Carmen, ama de casa de 38 años de edad, acude a la consulta por el retraso escolar de su hija Claudia de 7 años de edad, que está en segundo de primaria.

En la anamnesis, Claudia refiere encontrarse bien, y no tener problema alguno. Achaca el retraso escolar a la dificultad del curso, el excesivo número de asignaturas y a la severidad de los profesores.

No encontramos ningún dato patológico en la anamnesis por órganos y aparatos.

Antecedentes Personales: No-reacción alérgica medicamentosa conocida.

Vacunación según calendario, incluida meningitis.

Asma alérgica que precisó 2 ingresos a los 6 y 8 meses de edad; Actualmente asintomático.

Exploración Bien nutrida e hidratada, normo coloreada, no exantemas ni petequias. No hematomas.

ACP normal. Abdomen: normal. Extremidades: pulsos periféricos presentes, no hallazgos patológicos. Durante la exploración, Claudia se muestra poco colaboradora, siempre responde a las preguntas con monosílabos o pequeños movimientos de cabeza y en ningún momento mira directamente a la cara del médico.

Mientras la enfermera pesa y talla a la niña, nosotros hablamos con su madre a solas.

- ¿Qué es lo que ha notado en Claudia? Su madre nos dice que ella siempre ha mostrado interés en el curso y ha aprobado todo sin problemas; pero hace 4 meses me llamó su tutora del colegio y me dijo que Claudia ya no pone interés en las clases, y que desde hace algún tiempo demuestra agresividad con sus compañeras, incluso con las profesoras.

Además, Mari Carmen ha notado que desde hace unos meses, Claudia se muestra más retraída, incluso rechaza sus besos. Tiene un comportamiento más agresivo con sus dos hermanos, y además tiene muchas pesadillas.

- ¿Le ha preguntado a ella directamente si le sucede algo? (Mari Carmen): Si, cuando le pregunto, ella me responde: "No me pasa nada, no me hacen nada". Sospecho que sus compañeros del curso le asustan y le amenazan; sin embargo le llama la atención que Claudia prefiera ir al parque a jugar con sus amigos, que quedarse en casa.

Este cuadro clínico debe siempre hacernos pensar en abuso sexual.

Estamos ante manifestaciones psicopatológicas y comportamentales (a corto plazo) o de origen probable, en la existencia de abuso sexual.

3. Valoración clínico-diagnóstica.

La evaluación clínica requiere tiempo, entrenamiento, paciencia y pericia. Los casos de abuso sexual, requieren documentar la evidencia de la agresión y valorar las lesiones físicas y psíquicas resultantes para un tratamiento adecuado. Por ello es muy importante familiarizarse, no sólo con los tipos de exámenes forenses de valoración objetiva, sino también con los procedimientos screening y profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual, prevención de la gestación y planificación del seguimiento posterior.

Cuando nos consultan por un abuso sexual de un niño o tenemos una sospecha razonable, procederemos de la siguiente manera:

- Anamnesis ante sospecha fundada o caso evidente.

La entrevista se realizará con el niño solo (sin la presencia de los padres), en una habitación confortable. La actitud cariñosa y segura por parte del médico es el mejor relajante para el pequeño. Es importante que durante el examen, el médico esté acompañado por otro profesional y no es desmesurado realizarlo con grabación audiovisual.

Le tranquilizaremos, animándolo para que use las palabras de forma espontánea y señale las partes de su cuerpo, ayudándolo así para que exprese lo sucedido. Realizaremos preguntas abiertas con un lenguaje adecuado a su edad³. No repetiremos preguntas ni haremos juicios de valor. Debemos de tratar que el niño se sienta seguro y confiado. Si no es así pospondremos el examen.

Cuando el niño se niega a hablar, nos ayudaremos con juegos, diagramas y dibujos, para saber si hubo amenazas o recompensas, que partes de su cuerpo fueron tocadas y con qué, si fue atado o agredido de alguna manera. Si no es posible, trataremos de obtener la información del adulto acompañante.

Debemos de tener en cuenta las dificultades que encontraremos para recoger una historia clínica bien organizada, por lo que es necesario contar con personal especializado y entrenado en estos problemas. La siguiente tabla resume un conjunto de preguntas generales o más detalladas, que se pueden realizar:

Preguntas generales a realizar:

- ¿Te han dado besos abrazos, zurras, caricias, pellizcos, mordiscos?
- ¿Cómo percibías esos besos, caricias, abrazos?
- ¿Alguna vez alguien te ha tocado los genitales o las nalgas?
- ¿Alguien te ha hecho daño en alguna parte de tu cuerpo?

Preguntas más detalladas del asalto:

- ¿Dónde estabas cuando sucedió?
- ¿Quién estaba allí?
- ¿Estaba allí mamá o papá?
- ¿Había allí alguien más?
- ¿Alguna otra persona lo vio?
- ¿Quién la hizo?
- ¿Que hizo?
- ¿Cómo te sentiste entonces?
- ¿Tenías la ropa puesta o quitada? Te desvistieron?
- ¿Se lo dijiste a alguien? A quién?
- ¿Hicisteis algún trato?

Es muy útil, como indicamos más arriba el uso de dibujos o diagramas de personas de edad similar, gesticulaciones, etc para que el niño entienda mejor como es el órgano sexual y si con dicho órgano realizó algo (*salió algo del pene?, Dónde fue? Cómo era o a que se parecía? Se lo limpió?*)

A continuación, entrevistaremos a los padres, evitando juicios de valor, tranquilizándoles y brindándoles nuestro apoyo, pero advirtiéndoles, que como médicos, tenemos obligación de denunciar cualquier sospecha.

- **Exploración.**

El examen debe de ser breve pero completo. Tenemos que valorar la necesidad de obtener pruebas del abuso, con el malestar psíquico y físico que podemos producirle al niño.

El médico debe familiarizarse en las formas y morfología de los genitales infantiles normales y con el tipo de lesiones; así debemos conocer, que el himen debe de tener un diámetro (en mm.) que se corresponde con la edad de la niña y que un diámetro horizontal mayor de 10 mm en la edad prepuberal, es altamente sugestivo de abuso sexual. Es también aquí de gran utilidad, disponer de esquemas y dibujos corporales (mapas corporales) para señalar las lesiones o anomalías observadas.

La región ano-genital se evaluará por medio de inspección visual externa sin instrumental o con ayuda de un colposcopio (o en su defecto, de un otoscopio), buscando daños físicos evidentes (lesiones, infecciones o inflamaciones) o indicios de ello. Si se sospecha lesión interna utilizaremos espéculo o anoscopia o proctoscopia que estará indicado cuando hay lesión interna o sospecha de patología (hemorragia rectal, fiebre o abdomen agudo). Tomaremos fotografías de las mismas para comentar con expertos y aportarlas como pruebas.

Las posturas exploratorias más apropiadas son las siguientes:

- En niñas mayores, en mesa ginecológica y en decúbito lateral (Fig 1)
- En niñas pequeñas, en supino y en posición de "piernas de rana" (Fig 2),o en posición prono - de rodillas, apoyándose en los codos (Fig. 3).
- En niños, de pie y en decúbito supino y el prono - de rodillas para inspeccionar el ano.

Figura 1. Posición ginecológica y decúbito lateral

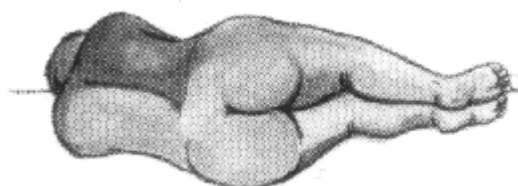


Figura 2. Posición de *piernas de rana* para la exploración genital de niñas pequeñas

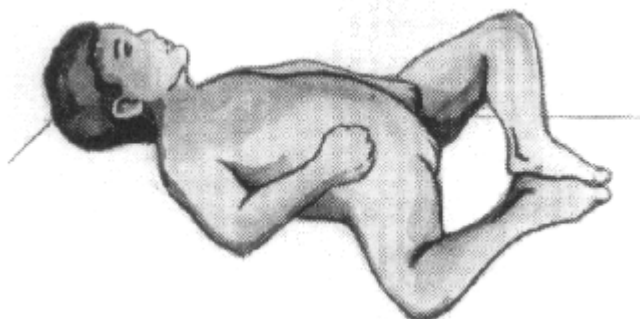
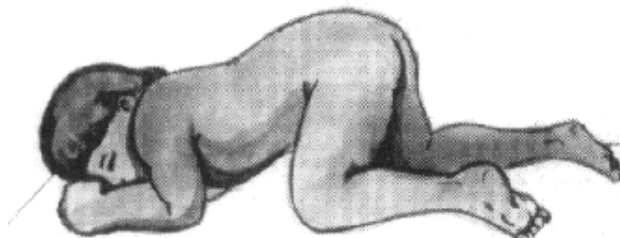
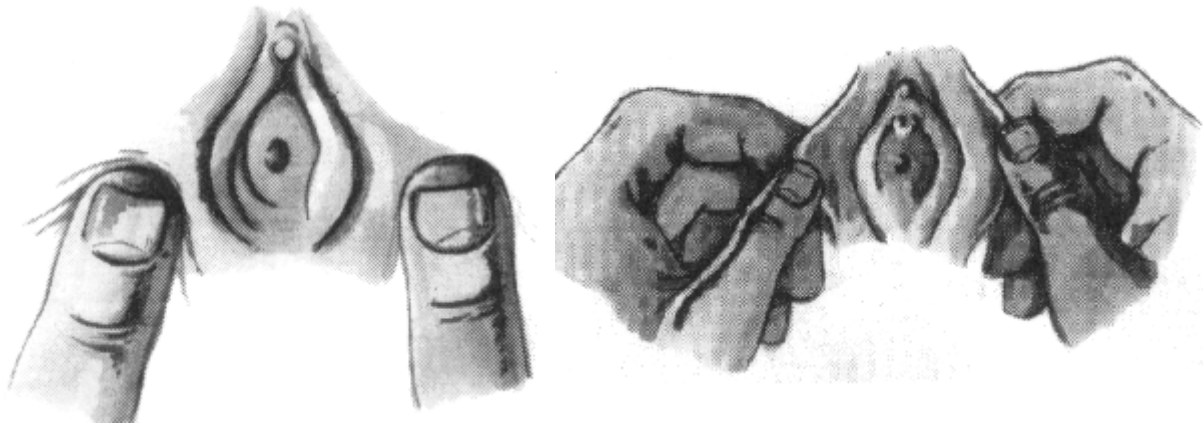


Figura 3. Posición *prono – de rodillas* para la exploración de los genitales en niñas pequeñas



Se debe manipular con extrema cuidado los genitales externos para no provocar dolor ni alterar la morfología de las lesiones (Fig 4)

Figura 4. Modo de exploración de los genitales femeninos

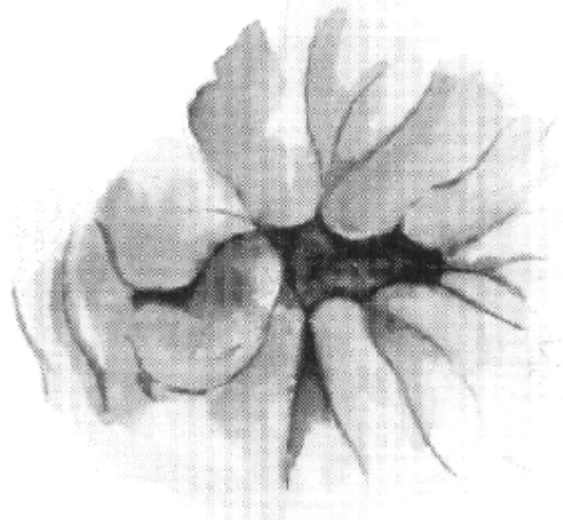
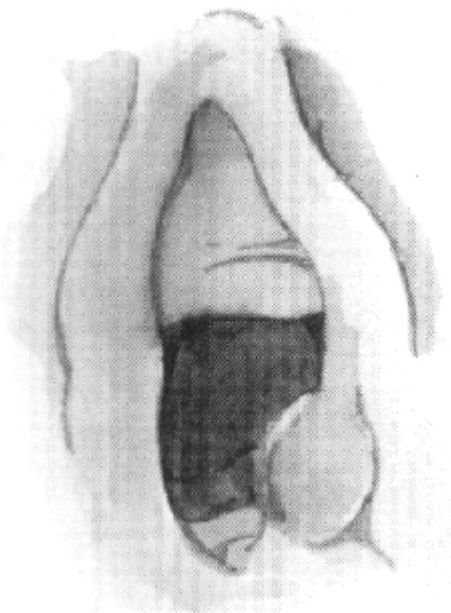


Todos los hallazgos deben de ser minuciosamente descritos, tanto los patológicos como los normales.

Los *hallazgos de lesiones genitales y anales agudas* son: laceraciones, equimosis, hematomas, edema, eritema y abrasiones se pueden observar en todo el área genital. Las laceraciones y abrasiones en la comisura posterior de la vulva (Fig 5), en la vagina y cervix, junto con las existentes en el margen del himen y la presencia de edema en la región anal, así como las fisuras estrelladas anales (Fig 6) son las lesiones más específicas de abuso sexual en niños.

Figura 5. Lesiones típicas: eritema, erosiones y rotura en la vulva y comisura posterior del himen

Figura 6. Fisuras estrelladas anales



Los *hallazgos de lesiones genitales y anales subagudas* son características: a) las cicatrices y fusión de los labios; b) aparición de flujo o cuerpo extraño en vagina; c) diámetro alargado, irregularidades y bordes groseros del himen; d) cicatrices en pene; e) cicatrices, fisuras, dilatación, congestión venosa, supuración y marcas o pigmentación en ano y región perianal.

Lo más sugerente son las laceraciones que alteran el margen del himen al curarse y cicatrices con forma de delta con el vértice hacia el orificio anal.

Una exploración física normal no descarta la existencia de abuso sexual, ya que las lesiones curan con rapidez y muchos abusos no suponen agresiones físicas.

Por otra parte, algunas condiciones patológicas como alteraciones dermatológicas (liquen), uretritis, alteraciones anales derivadas del estreñimiento o la enfermedad de Chron, traumatismos vanales, masturbación y alteraciones anatómicas locales pueden remedar condiciones similares a las que producen los abusos sexuales.

Los siguientes casos clínicos muestran dos situaciones en donde es indudable la realización de una valoración clínica objetiva y la denuncia judicial

Caso clínico

Niña de 8 años que es traída al Centro de Salud por la policía municipal, al encontrarla llorando y con sangre en el parque de las afueras del pueblo.

La niña se encuentra muy agitada llorando y refiriendo intenso dolor en la zona genital. Se observan manchas de sangre en el vestido.

*Se trata de niña de apariencia morfológica normal, muy nerviosa y asustada, bien cuidada y que llevaba uniforme del colegio y en donde se debe realizar una Valoración de un caso de posible abuso sexual. Debemos buscar **lesiones típicas** agudas, subagudas y crónicas*

Buscar **elementos periciales** que ayuden a implicar al agresor

Detección de lesiones viscerales y laceraciones de los tejidos y tratarlas

Conducta a seguir en la valoración forense

A lo largo de la exploración realizaremos la búsqueda y recogida de pruebas.

- Así examinaremos el cabello en busca de semen u otras sustancias, después continuaremos con el resto del cuerpo, incluyendo la zona oral o perioral. No olvidaremos inspeccionar toda la piel, en la zona mamaria y área genital para buscar posibles fluidos o elementos extraños.
- Con la luz de Wood se pueden detectar posibles restos de semen. De cualquier área fluorescente se tomará muestra con torunda de algodón impregnada en suero salino.
- Con ayuda de un peine se recogerán los pelos del pubis que pudieran corresponder al asaltante para incluirlos como posibles pruebas.

Todos los hallazgos serán minuciosamente registrados en la historia clínica y con la ayuda de figuras descriptivas (mapa corporal) o fotografías.

Se tomarán, con torunda de algodón o aspirado, muestras de fluido vaginal espontáneo o después de instilar suero fisiológico cuando no se aprecie esa secreción. Estas muestras se procesarán en suero salino para examen microscópico en fresco en busca de espermatozoides móviles (se ven cuando no han pasado más de 4 horas) o formas no móviles que pueden permanecer hasta 72 horas después de la relación (la tinción de Papanicolau también es útil). La ausencia de espermatozoides no excluye la violación ya que en los 2/3 de las violaciones no se produce eyaculación. Si ha existido relación oral o anal, se tomarán también muestras, tras enjuague o instilación con suero fisiológico, de esas zonas y se procederá del mismo modo.

Otra parte de las muestras vaginales se enviarán al laboratorio para determinar la presencia de Fosfatasa ácida prostática (Un nivel superior a 50 unidades por litro confirma la agresión sexual en los tres días previos) u otros marcadores específicos de semen como la glicoproteína prostática p30 (indica coito en las 48 h. previas). Ambos marcadores prueban el coito aunque no se observen espermatozoides (vasectomía, no eyaculación). Existe la posibilidad de tipificación del DNA que aportan mayor especificidad a las pruebas.

Es importante conocer la supervivencia del semen en las diferentes localizaciones:

Lugar	Espermatozoides	Líquido seminal
Vagina	6 días	12 - 18 horas
Ano	3 días	3 horas
Boca	12 - 14 horas	---
Ropa interior / vestidos	Hasta su lavado	Hasta su lavado

El resto de las muestras se procesarán en cultivos para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, Herpes, sífilis de cervix (recto u orofaringe según la historia del abuso).

La posibilidad de adquirir una ETS tras una violación se ha estimado en el 5-12%. Es pues, muy importante la realización de las pruebas de detección adecuadas, así como el tratamiento preciso.

Tests serológicos de Sífilis, Hepatitis B se realizarán (y repetirán 3 meses después si son negativos) para completar la investigación iniciada, de Gonococo y *Chlamydia trachomatis*. Es también importante recordar la posibilidad de *Trichomona vaginalis*, del virus del Herpes simple y de vaginosis bacteriana.

El riesgo de contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) con una relación con un portador del virus es desconocido pero existe, por lo que, es necesario realizar la serología HIV que se repetirá a los 6 meses para ratificar la negatividad, aunque se han descrito positividades después de 1-2 años del contacto.

Conducta y tratamiento

Las lesiones agudas se tratarán en el Hospital ya que pueden requerir sedación y procedimientos terapéuticos y diagnósticos de uso hospitalario. Será allí donde se realice la recogida de todas las pruebas, la denuncia de los hechos y el abordaje inicial de apoyo psicológico y valoración del entorno familiar y/o social.

Es recomendable, en ocasiones, el ingreso de todo niño que ha sufrido abusos sexuales, hasta no clarificar el entorno familiar, ya que, en la mayoría de los casos, el agresor puede pertenecer al mismo. Así mismo, sería conveniente el ingreso, cuando la familia no sea capaz de proporcionarle el apoyo necesario.

Respecto a tratamientos concretos; en adolescentes, la profilaxis de gonococo y Chlamydia están indicadas y en preadolescentes controvertido. La prevención del embarazo se realizará en las primeras 72 horas en las niñas con menarquia.

Cuando se trate de abusos sexuales de más de 72 horas de evolución, en un niño en el que esté garantizado su seguridad familiar y social y en el que las lesiones son poco significativas, no es preciso el ingreso hospitalario. Procederemos entonces desde la Atención Primaria para historiar, documentar y denunciar los hechos así como, en el diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas asociados.

Lo primordial en el tratamiento y recuperación de estos niños es el apoyo psicológico y la programación de un seguimiento por personal preparado, con la oportuna colaboración de los servicios de salud mental, servicios sociales y otras

Nota: Las figuras 1, 2, 3, 4, 5 pertenecen a Arribas JM, Rodríguez Pata N, Actuación ante los abusos sexuales. En: Arribas JM (Ed) Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Jarpyo Ed. Madrid 2000; 1368-74. Se reproducen con permiso de autores y editores

Índice

- Entrevistas con el/los adultos
 - Primera entrevista
 - Segunda entrevista
 - Preguntas sugestivas sobre el TE y el TD obtenido en la primera entrevista
- Entrevistas con el/la menor
 - Primera entrevista
 - Segunda entrevista:
 - Preguntas sugestivas sobre el testimonio de abuso sexual y sobre su primera revelación
 - Tercera entrevista
- Análisis y evaluación de los contenidos de las entrevistas

Establecemos una dinámica de entrevistas sucesivas, combinando las efectuadas con el/los adultos receptores de la verbalización del/la menor con las realizadas con el/la menor que ha referido ser víctima. El contenido de las entrevistas se va fundamentando en la información recibida de las entrevistas precedentes.

ENTREVISTAS CON EL/LOS ADULTOS

Entrevistamos siempre en primer lugar al adulto o adultos que fueron los primeros receptores de la verbalización que el menor hizo del abuso o a quienes llegaron a la sospecha de que tal abuso se estaba produciendo. De haber más de un adulto receptor o cuando más de uno hayan llegado a la sospecha de ASI, se entrevistan separadamente.

Estas entrevistas se realizan siempre sin la presencia de los menores. Todas las entrevistas se graban al menos en audio.

Primera entrevista

- *Testimonio espontáneo (TE)*: Comenzamos solicitando al adulto un testimonio amplio y exhaustivo del momento en que recibió la primera verbalización o de la sucesión de episodios que lo llevaron a la sospecha del abuso.

Para ello, la única consigna al comienzo es: *Cuénteme todo lo que pueda recordar sobre ello de la forma más literal posible*” y sólo se añaden mensajes que estimulen a seguir hablando, tales como: *¿Qué más puede recordar?, hay algo más que desee añadir?*.

- *Testimonio dirigido (TD)*: Se obtiene realizando preguntas concretas, de carácter abierto y respuesta múltiple para situar el momento de la primera verbalización o la sospecha de abuso en tiempo, lugar, sucesión cronológica, relaciones causa-efecto, etc., con preguntas del tipo: *¿Dónde se encontraba?, ¿qué fue lo primero que dijo después?, ¿qué actividad estaba desarrollando?*.

Continuamos esta primera entrevista con la obtención de un TE y posteriormente un TD de los hechos sucesivos a la revelación relacionados con la misma, con especial atención a informaciones sobre reacciones de otros miembros de la familia y posibles interrogatorios efectuados al/la menor por estos otros miembros. En caso de no haber presentado verbalización el/la menor, ampliamos mediante las técnicas de TD toda la información referida a la sospecha de abuso que no haya sido ofrecida en el TE

Terminada la obtención del TD solicitamos al/los adultos una exposición de los motivos que han tenido para solicitar la evaluación del/la menor y/o para interponer la denuncia en los casos en que haya sido realizada antes de nuestra intervención.

Finalizamos esta primera entrevista asesorando a los adultos sobre cuál ha de ser su actitud respecto al/la menor a partir de ese momento (evitar interrogatorios, evitar mensajes de culpabilización o incredulidad, no hablar del tema en presencia del/la menor) y orientándolos sobre cómo deben presentarnos al/la menor y lo que deben decirle antes de nuestra primera entrevista con él o ella (no aleccionar sobre lo que ha de contar y en los casos de sospecha plantearlo como una evaluación general).

El que los progenitores o los adultos referenciales del/la menor con los que se contacte cumplan o no las indicaciones recibidas en esta primera entrevista será posteriormente un valioso indicador de su actitud respecto de los hechos, que servirá también como medidor de su grado de credibilidad.

Segunda entrevista

La segunda entrevista con los progenitores la realizamos con posterioridad a la primera mantenida con el/la menor y en algunos casos tras dos o más entrevistas con éste. Los objetivos de este contacto se centran en:

- *Historia familiar*: Necesaria en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Se trata de evaluar si existe algún tipo de dependencia, económica o afectiva, que pueda predisponer a una minimización del abuso o por el contrario, si existen episodios de ruptura que hayan producido resentimientos y por tanto se dé una sobredimensión de los hechos por una actitud vengativa o de castigo.

En ambos casos lo que se intentará es valorar qué tipo de distorsión puede estarse produciendo respecto a la figura del agresor y a lo verbalizado por el/la menor.

- *Historia de vida del/la menor*: Se solicita información sobre su proceso evolutivo intelectual, psicomotor, emocional y social, su proceso de escolarización y los informes recibidos del centro escolar, sus amistades, aficiones, comportamientos, relaciones con los demás, menores y adultos, etc. desde el nacimiento hasta el momento de la intervención actual.

Varios son los objetivos pretendidos con la elaboración de esta historia personal:

- Una primera diferenciación de alteraciones que puedan considerarse consecuencia del abuso sexual de aquellas ya presentes en el sujeto antes de ocurrir el mismo.
- Corroborar si la distorsión minimizadora o magnificadora observada en la historia familiar se mantiene en la historia individual del/la menor.
- Analizar qué tipo de percepción tienen los progenitores o tutores del/la menor separadamente de la situación de abuso: si lo encuentran aceptable o difícil de socializar, fabulador o veraz, inteligente o de evolución retardada, etc.
- Conocer si existen en el desarrollo del/la menor antecedentes que puedan predisponerlo a comportamientos de demanda de atención o de distorsión de la realidad.

Preguntas sugestivas sobre el TE y el TD obtenido en la primera entrevista: Inducción intencionada

La prueba de inducción se realiza de dos formas: Indirecta o directamente.

- *Inducción indirecta*: Consiste en ofrecer información sobre los posibles indicadores del abuso. El objetivo es comprobar si tras ofrecer esta información, rectifican la que nos han aportado en un intento de ajustarse a lo supuestamente esperado o por el contrario se mantienen firmes en el primer testimonio.
- *Inducción directa*: Exploramos la solidez y la resistencia a la inducción que tiene la información sobre la verbalización del/la menor o la historia de la sospecha de abuso referida en la primera entrevista. Para ello elaboramos una lista de preguntas intencionadamente falsas pero presentadas como recogidas así en esa primera entrevista o como obtenidas de la información que nos dio el/la menor. Pretendemos evaluar si la persona corrige el nuevo contenido de la pregunta, afirmándose en lo expuesto en el encuentro anterior, o por el contrario, se adhiere al nuevo contenido y lo confirma como si así lo hubiera expresado antes.

Para efectuar esta prueba de inducción intencionada han de transcurrir al menos siete días entre ambos contactos.

Esta *prueba de inducción* puede también considerarse *una prueba de consistencia* pues lo que en realidad solicitamos son partes de un nuevo testimonio y podemos así constatar si los contenidos resultan o no consistentes en ambos.

Entrevistas con el/la menor

Primera entrevista

- *Información sobre su vida cotidiana*: Pretendemos en primer lugar comenzar el contacto con el/la menor de forma distendida y sin incidir directamente sobre el tema del abuso a fin de ir ganando su confianza y reducir su ansiedad. Además, un análisis de la exposición que el sujeto haga de sus actividades cotidianas nos permitirá evaluar sus capacidades en diferentes áreas (tipo de vocabulario empleado, cantidad de detalles incluidos en la narración, orientación temporal y espacial de la exposición, secuenciación lógica de la verbalizaciones, memoria próxima y remota) que serán comparadas con la verbalización de los sucesos de abuso que se le solicitarán posteriormente.
- *Solicitud del dibujo libre*: No se trata aquí de valorar de forma subjetiva las respuestas dadas por el menor ni de emplear ninguna técnica proyectiva sobre las mismas. Intentamos sólo establecer un report adecuado y además adiestrar al menor a entablar una conversación sobre su dibujo, adiestramiento fundamental para las futuras técnicas de papel y lápiz a utilizar y para fomentar la comunicación y la respuesta a nuestras preguntas, familiarizándolo con la necesidad de aportar descripciones detalladas. Sólo se solicita a sujetos menores de 12 años.
- *Evaluación del posible aleccionamiento*: Exploramos ahora si los adultos con quienes mantuvimos la primera entrevista cumplieron o no las indicaciones recibidas sobre cómo explicar al/la menor el contacto presente. A este fin, planteamos preguntas como: *¿Sabes para qué has venido aquí?*, *¿Qué más cosas te han dicho?*, *¿Tú estabas de acuerdo en venir?*, *¿Tú quieres contar lo que pasó?* (Sólo para sujetos mayores de seis años que hayan verbalizado abusos).

- *T.E. de la situación de abuso sexual:* Debemos en primer lugar animar al/la menor a hablar de ello reconociendo que resulta un tema difícil y embarazoso, pero necesario, pues para poder ayudarle necesitamos saber lo que sucedió. También lo tranquilizamos respecto de que es un suceso que les ocurre a muchos niños y niñas y que estamos habituados a recibir testimonios semejantes.

Es importante que el sujeto capte que debe hacer una narración lo más exhaustiva y detallada posible; por ello, el primer mensaje a enviar será: *Ahora quiero que me cuentes todo lo que pasó de la mejor forma que sepas y diciendo todo lo que recuerdes.* Para animarlo a continuar hablando sólo se emplean mensajes del tipo: *Dime todo lo que seas capaz de recordar, ¿qué más puedes decirme?, ¿pasó alguna cosa más?*, etc.

Es común que los sujetos muy pequeños no tengan claro cuál es el motivo de la entrevista. Hay entonces que hacer una breve introducción sobre el tema que vamos a tratar haciendo referencia a algo que nos ha contado su madre o su padre pero de una forma vaga, sin contenidos descriptivos concretos sobre las prácticas de abuso o el tipo de relación con el abusador.

Algunos sujetos no son capaces de presentar un TE por razones emocionales: pudor, vergüenza, temor, etc., o por razones cognitivas: dificultad para presentar un relato mínimamente amplio y organizado ante una pregunta ambigua. En esos casos hablamos de testimonio a demanda y pasamos directamente al empleo de las técnicas con las que se obtiene el TD.

- *TD de la situación de abuso sexual:* Una vez finalizada la verbalización espontánea del/la menor pasamos a ampliar la información empleando ahora preguntas concretas para completar los datos que no hayan aparecido en el TE. Estas preguntas tienen todas carácter abierto, son de respuesta múltiple y cuidamos mucho que no contengan información sobre posibles contenidos de respuesta, no sólo referidos a prácticas sexuales sino a detalles en general. Esto se concreta en preguntas del tipo: *¿Dónde sucedía?, ¿cuándo sucedía?, ¿cuántas veces ha pasado, “¿quiénes más había y qué hacían?”, “¿recuerdas qué ropa llevabas tú y él?, ¿qué decía él mientras?*

Para reforzar la descripción de las prácticas sexuales en este apartado podemos emplear *láminas anatómicas* cuando el exceso de pudor o la falta de vocabulario del sujeto así lo aconsejen. Al utilizarlas, orientamos al sujeto examinado a describir mediante ellas tanto los comportamientos del adulto hacia el/la menor como los que solicitaba de éste/a.

Para obtener el TD, en menores de seis años, es fundamental que analicemos si el sujeto es capaz de elegir clara y conscientemente entre los dos términos de una disyunción. Para ello le planteamos diversas preguntas disyuntivas, tanto de carácter general como específicas de las prácticas y situaciones de abuso que contengan dos o más elementos y se las formulamos varias veces distribuidas a lo largo de la entrevista cambiando el orden de los elementos que la integran, anotando si el sujeto elige lo que de verdad prefiere o se limita a escoger la opción presentada en último lugar. Cuando esto suceda, el testimonio sobre el ASI que obtengamos del/la menor difícilmente alcanzará niveles aceptables de credibilidad.

- *TE del momento de la primera revelación:* Situamos ahora al sujeto en el momento en que habló por primera vez con alguien de estos sucesos. Identificamos claramente cuándo y con quién y a continuación le solicitamos que nos relate, una vez más de la forma más exhaustiva que sea capaz, cómo fue este momento. Nuevamente empleamos un mensaje general orientativo del estilo: *Quiero que me cuentes todo lo que seas capaz de recordar de ese momento.* En las pausas se lo estimula a continuar dando información con los mensajes ya expuestos sobre cómo obtener un TE.
- *T.D. del momento de la primera revelación:* Empleando como siempre preguntas abiertas y que no incluyan posibles contenidos de respuesta, ampliamos información sobre este momento de la primera confidencia preguntando sobre aquellos datos que no hayan sido aportados en el T: *¿Dónde estaba?, ¿qué estaba haciendo?, ¿cómo empezaste?, ¿qué te dijo o cómo reaccionó?, ¿por qué se lo dijiste precisamente a esa persona?*

Cuando los sujetos tienen más de siete años, las motivaciones para informar y el análisis del proceso de la decisión de informar y de los episodios transcurridos entre que piensa que ha de contarle hasta que lo hace se convierten en un elemento muy valioso y significativo que merece una investigación más a fondo.

- *Narración de un suceso sincrónico con el ASI:* Redondeamos así una estrategia fundamental en la evaluación del ASI, a saber, comenzar y terminar las entrevistas con temas no relacionados con éste. A tal fin, para concluir la primera entrevista solicitamos del/la menor que nos verbalice un episodio que haya acontecido en un momento de su vida coincidente con la situación de abuso.

Utilizamos esta narración para compararla con la que al comienzo de la entrevista le solicitamos sobre la experiencia de abuso, comparando el tipo de lenguaje empleado en ambas, la cantidad de detalles aportados espontáneamente, la riqueza de vocabulario, la estructuración temporal del relato y la capacidad de recuerdo.

Segunda entrevista

- *TD del episodio sincrónico al ASI:* Hemos finalizado la primera entrevista sin profundizar en la narración del episodio elegido, excusando ser suficiente para un primer contacto. Recomendamos ahora solicitando mayor información acerca del suceso con el que terminamos la primera entrevista, siguiendo para ello los pasos descritos para la obtención de un TD, es decir, preguntas abiertas para que amplíe detalles sobre cuándo, dónde, quién o quiénes, por qué, cómo, etc. Nuevamente así comenzamos esta segunda sesión con un tema no relacionado con el abuso sufrido.
- *Prueba de resistencia general a la inducción:* La resistencia a la inducción la exploramos en dos áreas: el contenido de los testimonios y opiniones, pensamientos y emociones asociadas.

Utilizando esta última narración o sucesos de su vida cotidiana aportados al comienzo de la primera entrevista, elaboramos una serie de preguntas en las que modificamos el contenido verbalizado por el/la menor simulando haberlo registrado mal o no recordarlo. Analizamos si el sujeto admite estas modificaciones como integrantes de su anterior testimonio o por el contrario, contradice nuestras inducciones y se mantiene en lo expresado previamente. Del mismo modo, fingimos desacuerdo con opiniones del/la menor y ejercemos una cierta presión para que las cambie y coincida con las nuestras. Constatamos de este modo si se mantiene firme en sus pareceres o se adhiere fácilmente a aquellas a las que pretendemos inducirlo.

- *TE de los sucesos ocurridos tras la primera revelación:* Se trata ahora de solicitar al/la menor información amplia sobre todo lo ocurrido desde que habló por primera vez del abuso y que de alguna forma esté relacionado con el mismo. Como en la obtención de todo TE no vuelve a plantearse ninguna pregunta concreta a lo largo del mismo, sino sólo mensajes que animen a continuar aportando información.
- *T.D. de los sucesos ocurridos tras la primera revelación:* Ampliamos la información obtenida, realizando ahora preguntas abiertas pero concretas con el fin de obtener información sobre: personas que conocen el abuso, reacciones de estas personas, si habló del abuso con otras personas por iniciativa propia o por indicación de alguien y en este caso de quién, diligencias policiales y judiciales, caso de haberse iniciado.

Utilizamos la información aportada por el/la menor en este apartado para comprobar si sus progenitores están cumpliendo o no las indicaciones que recibieron en la primera entrevista acerca de cuál había de ser su actitud y los mensajes que debían enviar al/la menor.

Preguntas sugestivas sobre el testimonio de abuso sexual y sobre su primera revelación: inducción intencionada

Elaboramos una serie de preguntas intencionadamente erróneas referidas a la información sobre los abusos y al momento de la primera revelación obtenida a través del TE y del TD en ambos casos.

Al igual que en la prueba de resistencia general a la inducción, el contenido de estas preguntas sugestivas está centrado tanto en datos sobre los sucesos como en opiniones, pensamientos o sentimientos sobre los mismos, intentando llevar al sujeto a que acepte o se adhiera a los que le sugerimos.

Al igual que en el caso de los adultos, la **prueba de inducción** se convierte en una **prueba de consistencia** al solicitarle al/la menor una nueva verbalización de algunos episodios de los sucesos.

- *Cierre de la segunda entrevista:* De la historia de vida del/la menor obtenida de sus padres en la segunda entrevista con ellos escogemos algún episodio o anécdota que pueda resultar especialmente atractivo para el sujeto o al menos neutro en cuanto a dosis de estrés para el/la menor al evocarlo o que haga referencia a sus aficiones cotidianas para su tiempo libre. Solicitamos ampliación de información sobre este episodio o actividad, terminando así esta segunda entrevista con un tema distendido y no relacionado con la situación de abuso.

Tercera entrevista

En el caso de sujetos mayores de 12 años, la exploración se da por terminada con las dos entrevistas anteriormente descritas a menos que a lo largo de las mismas hayan aparecido razones para efectuar alguna exploración específica como análisis de su capacidad intelectual, memoria próxima y remota, personalidad, etc. que se efectúan en citas posteriores.

Todos los sujetos menores de 12 años necesitan una tercera entrevista todavía destinada a la exploración del abuso sexual cuyo contenido es el siguiente:

- *Dibujo de la familia:* Se le pide al menor que dibuje una familia. Una vez finalizado su dibujo, comenzamos una vez más un diálogo con el menor respecto del mismo. El objetivo que perseguimos es identificar a los sujetos dibujados, obtener información sobre sus actividades, sus preferencias, sus estados de ánimo, el tipo de relación que mantienen entre ellos, así como las relaciones que mantiene con cada uno de ellos y con cuál se identifica.

Obviamente, esta técnica está indicada para los casos de abuso sexual intrafamiliar en los que agresor y víctima conviven o cuando el posible agresor es uno de los progenitores.

Sirve para confirmar o negar los sentimientos que otros adultos, principalmente la madre, dicen haber observado en el/la menor respecto de ese miembro de su familia. A lo largo del diálogo podemos establecer si estos sentimientos del/la menor impresionan de espontáneos o más bien parecen inducidos por otros miembros de la familia pues así puede desprenderse de las interacciones entre ellos que describe el menor.

- **Prueba de conocimiento del lenguaje sexual:** Intercalamos entre los términos de la prueba de vocabulario de cualquier test de inteligencia palabras de contenido sexual y solicitamos en todos los casos que defina los vocablos ampliamente, con especial atención sobre dónde y cómo aprendió su significado.

Se pretende determinar si el nivel de conocimiento del lenguaje sexual del/la menor es o no acorde con su momento evolutivo. Más interesante aún es la información que nos ofrece sobre el origen de su conocimiento: unas veces lo sitúa en el ámbito escolar, otras veces en el ambiente familiar, dándonos así información sobre una posible inducción o sobredimensión de los hechos y en ocasiones, el/la menor pone estos términos en boca de su abusador y referidos a la situación de abuso.

- **Dibujo del agresor:** Con esta prueba obtenemos información respecto de los sentimientos del menor hacia su agresor, identificando los que le son propios de los que ha recibido de otros miembros de su familia. Esta información nos sirve después para contrastarla con la que aporte el adulto en cuestión, valorando así la reacción global de la familia y su nivel de veracidad.
- **Dramatización:** Los materiales a utilizar pueden ser pequeños muñecos, guiñoles o recortables junto con algunos elementos escénicos como camas, bañera, inodoro, mesa y sillas, etc. Es importante que los personajes humanos presenten caracteres de edad y sexo bien definidos, aunque no con representación de los genitales, de forma que puedan seleccionarse adecuadamente para representar papeles de abuelos y abuelas, padres o maestros y madres o maestras, hijos e hijas, etc.

Se solicita al sujeto que represente escenas de vida cotidiana pudiendo él o ella formar parte de las mismas o no. En un primer momento la consigna es muy poco directiva y quedamos a la espera de la selección espontánea del menor de las escenas a representar. Con posterioridad, o bien desde el principio si hay bloqueo y no se le ocurre nada para representar, le hacemos una serie de sugerencias sobre situaciones a escenificar y que son las siguientes: situaciones de autonomía personal, situaciones lúdicas, situaciones de responsabilidad y situaciones similares a aquellas en que presumiblemente se produce el abuso.

Por su carácter lúdico, esta prueba es adecuada para finalizar la tercera entrevista. No obstante, para sujetos de 10 a 12 años cuyo desarrollo evolutivo sea adecuado, esta actividad resulta infantil, por lo que ha de suprimirse, sustituyéndose por una conversación sobre cualquier tema distendido como los utilizados para finalizar la segunda entrevista.

Si además de la exploración realizada en esta tercera entrevista los sujetos menores de 12 años necesitaran pruebas específicas de inteligencia, memoria, personalidad, etc., éstas se realizan en entrevistas sucesivas.

Análisis y evaluación de los contenidos de las entrevistas

Una vez finalizado el proceso de recogida de datos, emprendemos el estudio y evaluación de los mismos. Todos los testimonios, tanto los TE como los TD se evalúan mediante el Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA), buscando en ellos la presencia de tales criterios. De la combinación de este análisis con la presencia de otros indicadores obtenidos de las distintas pruebas, resultan cuatro categorías diferentes:

- **Poco creíble:** Es muy poco probable que los sucesos verbalizados sean ciertos.
- **Indeterminado:** Es imposible determinar la probabilidad de que los episodios hayan sucedido o no pues hay indicios en ambos sentidos.
- **Bastante creíble:** Es probable que haya ocurrido el abuso narrado.
- **Muy creíble:** Hay una probabilidad muy alta de que los sucesos hayan ocurrido.

Este proceso puede arrojar cuatro posibilidades distintas de conclusión, puesto que los testimonios de los adultos y menores se analizan por separado. Así, puede resultar:

Tanto el testimonio de los adultos como el del/la menor resultan creíbles, lo que nos lleva a concluir que el ASI es muy probable que haya ocurrido.

El testimonio de los adultos no resulta creíble pero sí el del/la menor, situación que se da cuando hay en los adultos un intento de sobredimensionar o minimizar una situación real de abuso, de cuya verdadera dimensión nos da constancia el/la menor.

El testimonio de los adultos resulta creíble pero no lo es el del/la menor, lo cual puede indicar que, o bien hay una base real y ahora es el/la propio/a menor quien la sobredimensiona o minimiza, o bien se trata de una autogeneración del/la menor a la que son ajenos sus adultos referenciales.

Ni el testimonio de los adultos y el del/la menor resultan creíbles, lo que nos lleva a deducir que el ASI no se ha producido. Si los sujetos son menores de 7 años, podemos concluir que se trata de una autogeneración

de algún adulto, bien con una base real aunque no abusiva, bien sin ella, que después ha inducido directa o indirectamente al/la menor. Si el sujeto es mayor de 7 años esta inducción recibida ha sido absorbida por él o ella y colabora a informar de una falsa situación de abuso.

Aunque la presencia o ausencia de cada uno de los indicadores se analiza por separado, en realidad no existe ninguno que por sí solo pueda determinar la credibilidad o no del testimonio, la cual se inferirá de todo el conjunto y de las combinaciones de los indicadores encontrados entre sí y con las características del ASI y de las personas implicadas en el mismo. En los cuadros anexos adjuntos se especifican los requisitos de cada categoría de credibilidad

Anexo 1. Categorías del grado de credibilidad de los adultos

Poco creíble	<p>Verbalizaciones imposibles con el momento evolutivo del/la menor</p> <p>Falta de coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización</p> <p>No resistencia a la inducción y adherencia a las sugerencias</p> <p>Falta de consistencia entre las distintas verbalizaciones</p> <p>Carencia de estructura lógica y aparición de contradicciones</p>
Indeterminada	<p>Verbalizaciones propias del momento evolutivo del/la menor</p> <p>Coincidencia sobre el momento de la primera verbalización entre menor y adulto</p> <p>Resistencia a la inducción y rechazo de las sugerencias</p> <p>Consistencia entre las distintas verbalizaciones</p> <p>Estructura lógica y ausencia de contradicciones</p>
Bastante creíble	<p>Verbalizaciones propias del momento evolutivo del/la menor</p> <p>Coincidencia sobre el momento de la primera verbalización entre menor y adulto</p> <p>Resistencia a la inducción y rechazo de las sugerencias</p> <p>Consistencia entre las distintas verbalizaciones</p> <p>Estructura lógica y ausencia de contradicciones</p> <p>Recuerdo detallado del momento de la primera verbalización</p> <p>Inmediatez entre la verbalización y el episodio abusivo o estímulo asociado desencadenante de la misma en sujetos menores de cinco años</p> <p>Presentación desestructurada del testimonio espontáneo</p> <p>Abundancia de detalles en testimonio espontáneo y/o dirigido</p> <p>Aparición de al menos un criterio motivacional: Autocorrecciones, admisión de falta de memoria, autoinculpación o dudas sobre la propia exactitud.</p>
Muy creíble	<p>Verbalizaciones propias del momento evolutivo del/la menor</p> <p>Coincidencia sobre el momento de la primera verbalización entre menor y adulto</p> <p>Resistencia a la inducción y rechazo de las sugerencias</p> <p>Consistencia entre las distintas verbalizaciones</p> <p>Estructura lógica y ausencia de contradicciones</p> <p>Recuerdo detallado del momento de la primera verbalización</p> <p>Inmediatez entre la verbalización y el episodio abusivo o estímulo asociado desencadenante de la misma en sujetos menores de cinco años.</p> <p>Presentación desestructurada del testimonio espontáneo</p> <p>Abundancia de detalles en testimonio espontáneo y/o dirigido</p> <p>Aparición de al menos dos criterios motivacionales: Autocorrecciones, admisión de falta de memoria, autoinculpación o dudas sobre la propia exactitud.</p> <p>Reacciones emocionales acordes con el ASI y el momento evolutivo del/la menor</p> <p>Actitudes del/la menor ante el abusador y otras personas acordes con la dramatización.</p> <p>Admisión de la posibilidad de que los hechos no hayan ocurrido o se hayan malinterpretado</p>

Anexo 2. Categorías del grado de credibilidad de los sujetos menores de 6 años

Poco creíble	Falta de coincidencia significativa entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización No resistencia a la inducción específica. Falta de consistencia entre las distintas verbalizaciones del/la menor y de los adultos. Carencia de estructura lógica y presencia de contradicciones Claros indicios de haber recibido aleccionamiento respecto de lo que debe verbalizar
Indeterminada	Ausencia de recuerdo sobre el momento de la primera verbalización Resistencia a la inducción específica Consistencia entre las distintas verbalizaciones del/la menor y de los adultos Estructura lógica y ausencia de contradicciones, pero en verbalizaciones muy breves No aparecen indicios de aleccionamiento específico sobre los hechos Incapacidad para una elección intencionada y mantenida entre diversas opciones
Bastante creíble	Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización Resistencia a la inducción específica Consistencia entre las distintas verbalizaciones del/la menor y de los adultos Estructura lógica y ausencia de contradicciones Ausencia de indicios de aleccionamiento a nivel específico y general Capacidad para elegir y mantener elecciones entre opciones diversas Inclusión de algún detalle descriptivo o de acción
Muy creíble	Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización Resistencia a la inducción específica Consistencia entre las distintas verbalizaciones del/la menor y de los adultos Estructura lógica y ausencia de contradicciones en relatos un poco más extensos No aparece ningún indicio de aleccionamiento específico ni general Capacidad de elección y mantenimiento entre opciones diversas Similitud entre la calidad del lenguaje empleado para narrar el ASI y otros episodios Inclusión de mayor cantidad de detalles descriptivos o de acción Inclusión de algún detalle específico y de peculiaridades del contenido (Los dos últimos requisitos han de sumar al menos tres elementos)

Anexo 3. Categorías del grado de credibilidad de los sujetos entre 6 y 8 años

Poco creíble	Falta de coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización No resistencia a la inducción específica Falta de consistencia en sus verbalizaciones y discrepancia con lo verbalizado por los adultos Adecuación contextual imposible Indicios claros de haber recibido aleccionamiento específico Carencia de estructura lógica y aparición de contradicciones
Indeterminada	Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización Resistencia a la inducción específica Consistencia en sus distintas verbalizaciones y coincidencia con lo informado por los adultos Ausencia de indicios de aleccionamiento específico pero sí general Estructura lógica y ausencia de contradicciones Verbalización del ASI discordante con su forma habitual de expresión (atípicamente breve) Imposibilidad de aportación de detalles
Bastante creíble	Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización Resistencia a la inducción específica Consistencia en sus distintas verbalizaciones y coincidencia con lo informado por los adultos Ausencia de indicios de aleccionamiento específico y general Estructura lógica y ausencia de contradicciones Verbalización del ASI concordante con su forma habitual de expresión Inclusión de algún detalle descriptivo y de acción de las características generales. Inclusión de al menos un criterio específico y/o de contenido
Muy creíble	Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización. Resistencia a la inducción específica Consistencia en sus distintas verbalizaciones y coincidencia con lo informado por los adultos Ausencia de indicios de aleccionamiento específico y general Estructura lógica y ausencia de contradicciones Verbalización del ASI concordante con su forma habitual de expresión Inclusión de algún detalle descriptivo y de acción de las características generales Inclusión de al menos tres criterios específicos y/o de contenido

Anexo 4. Categorías del grado de credibilidad de los sujetos mayores de 8 años

Poco creíble	<p>Falta de coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización</p> <p>No resistencia a la inducción específica</p> <p>Falta de consistencia entre sus distintas verbalizaciones y de coincidencia con los adultos</p> <p>Carencia de estructura lógica y aparición de contradicciones</p> <p>Adecuación contextual imposible</p> <p>Incapacidad para aportar información sobre el proceso de decisión de la primera verbalización</p>
Indeterminada	<p>Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización</p> <p>Resistencia a la inducción específica</p> <p>Consistencia entre sus distintas verbalizaciones y coincidencia con las de los adultos</p> <p>Estructura lógica adecuada y ausencia de contradicciones</p> <p>Aportación de un mínimo de información sobre el proceso de decisión de la primera verbalización.</p> <p>Discrepancia entre el lenguaje utilizado para la narración del ASI y su forma habitual de expresión (testimonios atípicamente breves)</p> <p>Incapacidad para aportar detalles y ampliaciones del testimonio</p>
Bastante creíble	<p>Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización</p> <p>Resistencia a la inducción específica</p> <p>Consistencia entre sus distintas verbalizaciones y coincidencia con las de los adultos</p> <p>Presencia de los tres criterios generales del CBCA: estructura lógica, producción desestructurada y aportación de detalles descriptivos y/o de acción</p> <p>Información sobre el proceso de decisión de la primera verbalización</p> <p>Similitud entre el lenguaje utilizado para verbalizar el ASI y su forma habitual de expresarse</p> <p>Presencia de un mínimo de cuatro criterios de los restantes del CBCA: específicos, de contenido y motivacionales, de los cuales, al menos uno sea motivacional</p>
Muy creíble	<p>Coincidencia entre menor y adulto sobre el momento de la primera verbalización</p> <p>Resistencia a la inducción específica</p> <p>Consistencia entre sus distintas verbalizaciones y coincidencia con las de los adultos.</p> <p>Presencia de los tres criterios generales del CBCA: estructura lógica, producción desestructurada y aportación de detalles descriptivos y/o de acción</p> <p>Información extensa sobre el proceso de decisión de la primera verbalización</p> <p>Similitud entre el lenguaje utilizado para verbalizar el ASI y su forma habitual de expresarse</p> <p>Presencia de un mínimo de cinco criterios de los restantes del CBCA: específicos, de contenido y motivacionales, de los cuales, al menos uno sea motivacional</p>

Índice

- Los profesionales ante la intervención
 - Detección
 - Notificación
- Terapéutica
- Destino final del paciente
- Diagnóstico médico final
- Informe asistencial

Nos encontramos ante un problema silenciado y especialmente desatendido en nuestro país. Al ser éste un tabú social, es poco probable que los niños expresen el problema que están padeciendo y es por ello importante que los adultos que están en estrecho contacto con el mundo infantil presten atención a aquellas señales que pudieran estar indicando la existencia de abuso sexual e intervengan con energía en la defensa de las posibles víctimas.

Estas vías de intervención, dado el carácter secreto del abuso sexual, se han de adaptar a una realidad extremadamente difícil de estudiar, la vergüenza y el estigma que rodean al abuso sexual hacen que tanto los agresores como las víctimas y sus familias sean reacias a colaborar.

De hecho, de todos los casos de maltrato infantil éstos son los más difíciles de probar, tanto los abusos sexuales como el incesto están muy mantenidos bajo el secreto. Sólo un 5% de los casos de abuso sexual infantil habían sido denunciados, incluso de los pocos que se denuncian, muchos se desestiman por falta de pruebas, de modo que los actos de abuso sexual infantil continúan ocultos.

Por ello, a la hora de diseñar la intervención sobre el problema es prioritario dedicar una especial atención a al detección y a la denuncia, ya que, dado su carácter tabú, las víctimas no pueden denunciarlo y van a depender de la intervención de los profesionales para la solución de su problema.

Los profesionales ante la intervención

La carencia de publicaciones e investigaciones en nuestro país que pongan de manifiesto la gravedad del abuso sexual así como la ausencia de información sobre los recursos y alternativas que ofrece la comunidad hace que entre estos profesionales se den a veces actitudes defensivas que intentan eludir el compromiso de denunciar la sospecha para evitar la confrontación en la que, inevitablemente, se verán involucrados. Todo ello, viene reforzado por unas falsas creencias y mitos sociales sobre el abuso sexual que será necesario atacar puesto que favorecen las actitudes pasivas y mantenedoras de este secreto.

Para ello, algunos profesionales desarrollarán unas actitudes defensivas como negar u ocultar el problema ; cuestionar la veracidad de los hechos considerándolos fantasías o mentiras del niño; restarle importancia y gravedad a lo sucedido, considerar que la intervención sobre el problema sería más conflictiva para el menor que el abuso en sí mismo o que puede que no fuera tan traumático para él.

De cara a rentabilizar al máximo los esfuerzos de los diferentes profesionales implicados, es obvio que se habrá de establecer una línea de abordaje del abuso desde el trabajo coordinado de las diferentes instituciones y profesionales involucrados en el problema. La coordinación del esfuerzo realizado en cada una de estas etapas beneficiará el plan de intervención. El trabajo conectado de cada uno de los profesionales implicados en el desarrollo del abuso sexual infantil ahorrará energía humanas y económicas y favorecerá los resultados terapéuticos.

Detección (Ver capítulo correspondiente al Diagnóstico)

- **Notificación**

En este proceso de intervención y una vez se ha detectado la sospecha o existencia de abuso sexual a un menor, se ha de comunicar el hecho. En diferentes países, la Ley de Protección de Menores obliga a que cualquier pequeña sospecha de que un menor pueda estar siendo maltratado se comunique por cualquier profesional, psicólogo, médico, ATS, trabajador social, maestro, abogado ... que lo detecte. El incumplimiento de esta ley puede llevar a una sanción económica o suspensión temporal del puesto de trabajo, resultando la aplicación de esta ley en un mayor número de denuncias y en la posibilidad de proteger a un mayor número de menores abusados.

En nuestro país, corresponde ser más enérgicos ante el problema, porque los profesionales, aún hoy, no notificamos. No sabemos muy bien a quién le corresponde la responsabilidad de la denuncia; no tenemos información sobre los trámites, creemos que no va a servir para nada, se da una falta de confianza en el sistema de Justicia así como miedo a las consecuencias de nuestra denuncia (familia o agresor que se nos pueda enfrentar) y la creencia de que la comunicación del caso pueda perjudicar a la víctima. Resultando de ello es que los niños no reciben una protección ante el abuso sexual por parte de los profesionales que son los únicos en muchas situaciones que verdaderamente pueden ayudarles.

Tanto la denuncia como el proceso judicial, a pesar de lo doloroso y complejo que éste pueda ser, puede tener un efecto positivo y curativo para la víctima cuando ha sido preparada adecuadamente y la sentencia del Juicio culpa al agresor, al sentir que la sociedad reconoce su dolor y tratan de hacer justicia a su abuso.

La intervención de los profesionales es importante en esta etapa ya que es frecuente que la víctima se retracte en el Juicio, diga que se lo ha inventado debido también a las repercusiones familiares: ruptura, acogida, falta de ingresos económicos, cárcel; o la madre, quien presiona para que retira la denuncia, asustándola con las repercusiones familiares que seguir con la denuncia pueda traer. Si recibe el apoyo del profesional será más fácil continuar con el proceso judicial.

Cuando el caso ha sido desestimado, esto puede ser muy doloroso o traumático para la víctima, la sociedad considera que el agresor no es culpable, por las razones que sea, y la víctima siente que no ha sido comprendida o escuchada y que la culpa, por tanto, puede ser suya, y sobre todo que el abuso se puede volver a repetir y no tiene a quién recurrir puesto que la Justicia ya se ha pronunciado.

Los profesionales deben revisar esta decisión con el menor para evitar su posible interpretación de que esto sucede porque consideran que ellos no son importantes o que están mintiendo. Este suele ser un momento muy traumático para la víctima quien después del dolor vivido por el abuso en sí y el estrés de todo el largo proceso judicial, la justicia le contesta que no ha probado el abuso sexual, por lo que no hay sentencia culpatoria sintiéndose el menor de nuevo indefenso.

Terapéutica

Lo primordial en el tratamiento y recuperación de estos pacientes es el apoyo y tratamiento psicológico urgente, si es necesario, que debe incluir al agresor, a la familia y a la víctima, procurando que en ésta se cumplan los objetivos prioritarios. Son: *libertad de expresión de la rabia* que la víctima siente hacia la madre; al pensar que no la ha protegido; *disminución de la culpa*; *aumento de la autoestima* y *combatir su incapacidad de confiar*.

Prevención del embarazo

Se ha descrito gestación en un 5% de las violaciones a mujeres fértiles. Siempre debemos descartar embarazo previo (preferiblemente con la prueba más sensible: subunidad beta de la gonadotropina coriónica) y con esa información ofreceremos la posibilidad a la paciente.

Para evitar el embarazo, la pauta más recomendada es: 0,1 mg de etinilestradiol y 1 mg de norgestrel, 2 cp cada 12 horas durante un día. Esta pauta es eficaz dentro de las primeras 72 horas de las relaciones sexuales, sobre todo en las primeras 48 horas, y no está exenta de efectos secundarios como náuseas y vómitos que revierten con tratamiento antiemético habitual. Falla en el 1% de los casos y entonces es potencialmente teratógeno.

Enfermedades de transmisión sexual

La posibilidad de adquirir una ETS tras una agresión sexual se ha estimado en el 5%-12%. Es pues muy importante la realización de las pruebas de detección adecuadas, así como el tratamiento preciso. Se realizarán pruebas serológicas de sífilis, hepatitis B (se repetirán tres meses después si son negativos) para completar la investigación iniciada de gonococo y *Chlamydia T*. Es también importante recordar la posibilidad de *Trichomona vaginalis*, del virus del herpes simple y de vaginosis bacteriana.

La pauta preventiva actual a utilizar es: ceftriaxona, 250 mg intramuscular –monodosis-, doxiciclina, 100 mg cada 12 horas, una semana, Azitromicina o Eritromicina, analgésicos y sedantes, si lo precisa. Según los resultados de cultivos y serología se complementará con la terapia precisa con posterioridad. No olvidaremos actualizar la profilaxis (gammaglobulina y/o recuerdo de vacuna) del tétanos y la posibilidad de gammaglobulina específica en pacientes no vacunados y vacunación de Hepatitis B.

El riesgo de contagio del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con una relación con un portador del virus es desconocido, pero existe, por lo que es necesario realizar, previo consentimiento del paciente, la serología VIH, que se repetirá a los seis meses para ratificar la negatividad.

Destino final del paciente

- Ingreso si:
 - Hay necesidad de protección
 - Cuidados postratamiento
 - Tratamiento psicológico
 - Valoración más completa del caso
 - Demanda del paciente o la familia
- Asegurar el seguimiento de los casos en que sea necesario
- Si la protección del niño está asegurada, se podrá dar de alta y remitir a la Unidad de Pediatría Social para control posterior y seguimiento.
- Si la protección no está asegurada y no se ingresa deberemos contactar con el Grupo de Menores de la Policía o Guardia Civil (GRUME Tel. 91 322 37 88 y/o EMUME. Tel. 91 514 69 79 ext. 4802)

Diagnóstico médico final

Conclusión normal (No hay abuso o no lo podemos demostrar)	<ul style="list-style-type: none">- Anamnesis negativa- Exploración física normal- Exploraciones complementarias negativas.
Conclusión compatible con abuso	<ul style="list-style-type: none">- Anamnesis negativa- Exploración física no específica, o- Exploraciones complementarias probables
Conclusión abuso sexual muy probable	<ul style="list-style-type: none">- Anamnesis positiva, y/o- Exploración física sugestiva, y/o- Exploraciones complementarias probables
Conclusión contacto sexual o abuso seguro	<ul style="list-style-type: none">- Anamnesis positiva o no, y- Exploración física segura, o- Exploraciones complementarias seguras.

Informe asistencial y pericial médico forense

Se realizarán dos informes, uno el *Clínico Asistencial*, denominado también parte de asistencia en urgencias, si el niño ha sido visitado en el Servicio de Urgencias hospitalario y otro informe realizado por el médico forense, que será el *dictamen médico forense pericial*, de remisión inmediata a la autoridad judicial que lo ha solicitado.

Cuando el niño ingrese se efectuará el informe de alta como en cualquier ingreso.

Si debemos remitir al niño con urgencia al GRUME, deberá acompañarse del correspondiente informe.

Conclusión

Las medidas penales no son la única respuesta existente ante los casos de abuso sexual infantil. De hecho, estas medidas son del todo ineficaces y normalmente conllevan, en los casos de incesto, a la desintegración familiar. Existe una alternativa o complemento a las medidas penales que contempla un enfoque terapéutico para el agresor y la víctima así como para la familia.

El Código Penal debe favorecer e manera que los juicios sean una experiencia lo menos traumática para la víctima y la familia. Se ha reconocido que sucede en muchas situaciones que a lo largo del proceso en el sistema de Justicia los menores sufren abusos emocionales añadidos por parte de los profesionales y de los trámites que se realizan.

Se ha de forzar a notificar cualquier sospecha de maltrato a un menor por parte de los profesionales que lo detecten, correspondiendo al Juez la valoración de los hechos y las decisiones en el campo de la justicia.

El abordaje del problema debe establecer un servicio coordinado de atención al niño maltratado que facilite la integración y coordinación de las diferentes instituciones que están íntimamente relacionadas con el abuso sexual. Juzgados, comisarías, hospitales, escuelas y centros de salud mental trabajarían coordinados para prevenir el abuso sexual al menor y tratar de forma adecuada aquellos casos que se presenten.

La atención a estos niños en los hospitales deben establecer existir Unidades de Pediatría Social y, asimismo, un equipo con los Servicios de Trabajo Social, psiquiatría y Psicología, expertos en el problema del abuso sexual y maltrato infantil que funcione en coordinación con las comisarías, centros de salud y centros de salud mental.

En las escuelas, tanto educadores como alumnos, deben recibir una adecuada educación sexual e información sobre cómo evitar el abuso o dónde acudir en caso de que se produzca. (Cuadro 1 y 2)

Cuadro 1. Si sospecha que su hijo ha sido abusado sexualmente

- Cree lo que el niño te dice
- Dile al niño/a que estás encantado por que ya te ha contado sobre el abuso
- No te enfades con el niño/a. Mantén la calma, asegúrate y no lo juzgues
- Dile a tu hijo/a que él no es responsable del abuso, sin pensar para nada en las circunstancias que lo rodean
- Dile a tu hijo/a que le protegerás de otros posibles abusos que le puedan surgir
- Contacta con los Servicios de Protección a la Infancia: policía o centros de ayuda
- Ayúdale de la forma que puedas. Si el incidente acaba de suceder, no hagas al niño limpiarse, cambiar sus ropas o usar el bidé o la ducha o tocar cualquier cosa que el abusador pueda haber tocado
- Hazle saber al niño que siempre estarás ahí hablándole y escuchándole. Intenta mantener la rutina en tu casa incluyendo tareas y responsabilidades. Los niños necesitan estabilidad.

Cuadro 2. Puntos importantes para decir al niño

1. Decir «NO» a los tocamientos indeseados.
2. Alejarse de la o las personas que lo intenten hacer.
3. Decírselo a un adulto que te informará que:
 - Tu cuerpo te pertenece
 - Tú eres una persona muy especial, que se merece sólo lo bueno
 - Tú tienes permiso para decir NO o detener a alguien que te moleste, asuste o toque de una forma que no te gusta, incluso si es un miembro de tu familia, amigo, extraño o cualquier adulto. La gente que cuide de ti y de tus sentimientos lo entenderá
 - Puede que te guste una persona, pero no la forma en que te toca
 - No hagas caso a aquellos adultos que te pidan algo que tú sabes que está mal
 - Si alguien te amenaza o intenta sobornarte (darte algo y pedirte que no lo cuentes) o simplemente te hace sentir incómodo di « NO » y vete
 - No guardes un secreto sobre tocamientos con un adulto o ningún secreto que te haga sentir confuso o mal
 - Puedes estar confuso cuando un médico toca ciertas partes de tu cuerpo, pene, vagina o culo, de una forma que no te guste. Si te sientes de esa forma, díselo al doctor
 - Otros tocamientos confusos como un cachete en el culo, pueden ser discutidos.
 - Si alguien toca tu pecho, vagina, culo, pene, testículos, ven y dímelo
 - Si alguien quiere que le toques su pene, testículo, vagina o culo, ven y dímelo
 - ¿Sabes que esto va en contra de la ley para adultos y niños que se toquen unos a otros en esas partes del cuerpo ?. Esto está bien para dos adultos entre ellos si ambos lo quieren, pero no para un adulto y un niño
 - Tú puedes querer, conocer y explorar los cuerpos de tus amiguitos (por ejemplo, jugar a los médicos). Es normal ser curioso y observar cómo los cuerpos son diferentes, pero no es bueno tocarse los genitales entre unos y otros hasta que tú seas mayor
 - Si encuentras a un adulto al que no puedes contar el problema sobre tocamiento, continúa diciéndolo hasta que encuentres a alguien que te escuche y te crea.
 - Si alguna vez has tenido un problema de tocamientos con alguien o tienes cualquier pregunta, ven a hablar conmigo sobre ello, yo te creeré y te protegeré. Tú no te meterás en problemas y no te sentirás culpable por cualquier cosa sucedida
 - Tocarse puede ser cálido, cariñoso y bueno, cuando ambas personas lo quieren, pero algunas veces puede hacerte sentir incómodo o asustado. Ni todos los tocamientos son malos ni son todos buenos. Quiero que sepas sobre todos los tipos de tocamientos y que tú tengas derecho a controlar quien toca tu cuerpo y a quien tocas.

Los terapeutas de centros de salud mental deben recibir formación sobre evaluación, diagnóstico y tratamiento individual y familiar, así como crear un servicio permanente de intervención sobre el abuso infantil. Todo profesional que esté vinculado con el mundo infantil debe tener una mínima formación en este problema.

El tratamiento terapéutico para la víctima y la familia se ha reconocido prioritario tanto para la reparación del daño emocional del abuso sexual como para la preparación psicológica durante el proceso judicial.

Por último, recordar que el abuso sexual es un problema grave que no hace mucho que se tomó conciencia de él, y que representa una dura lección para todos los que trabajamos con niños y niñas. Ahora hace ya casi un siglo que observamos el desarrollo infantil y las condiciones de la infancia con un enfoque científico. A lo largo de todo ese tiempo hemos avanzado mucho y en los últimos años parecía casi como si hubiéramos descodificado la mayoría de los secretos de la infancia.

Tanto más vergonzoso resulta que hoy en día, a finales del siglo XX, tengamos que constatar que durante todo este tiempo de investigación sobre la infancia hemos cerrado los ojos ante un problema tan fundamental como lo es el abuso sexual, del que la mayoría de los científicos, médicos y pedagogos no han reconocido ni la frecuencia del abuso sexual ni sus capitales consecuencias.

Soledad Galiana Carmona
Helena de Marianas Ribary

Índice

- Intervención familiar
- Intervención individual
- Intervención en el medio social
- Intervención en el proceso judicial

Abordaremos el abuso sexual infantil (ASI) en los cuatro niveles en que debe efectuarse: familiar, individual, social y judicial. Haremos referencia a la *intervención inicial*, realizada tras el momento de la primera verbalización y cuando ésta no es muy lejana a los episodios de abuso, distinta de aquella a efectuarse cuando el ASI tenga años de antigüedad y haya producido diversos deterioros en la normal evolución personal, cognitiva, social o afectivo-sexual.

Intervención familiar

Los objetivos fundamentales de la intervención en el medio familiar son dos:

- Impedir que los integrantes de la familia transmitan a la víctima sus propios sentimientos y emociones de ansiedad, frustración, temor, desconcierto, necesidad de comprender, impotencia, etc., respecto al ASI.
- Lograr una colaboración activa y eficaz en el proceso terapéutico a seguir con el/la menor.

En víctimas de muy corta edad (menores de 6 años) la intervención se hace de forma prácticamente exclusiva a través de la familia. Las niñas y niños muy pequeños no perciben el abuso sexual como algo grave, a menos que sea muy violento, sino sólo como un suceso inhabitual que les produce extrañeza. Si la reacción familiar es correcta y racional, no sufren cambios en su comportamiento ni presentan desajuste psicológico alguno una vez cesado su contacto con el agresor.

Las sesiones con la familia se realizan en principio sin la presencia de la víctima. Posteriormente puede efectuarse alguna sesión conjunta para la aplicación práctica de las pautas establecidas o su control.

Los objetivos de la intervención familiar son:

- Evitar los interrogatorios al/la menor, iniciándolos en los principios de la escucha activa. Los interrogatorios exhaustivos y recurrentes aumentan los niveles de ansiedad y es fundamental evitarlos. Hay además que hacer conscientes a los familiares de que estos interrogatorios suelen ir acompañados de una fuerte carga emocional, con múltiples mensajes no verbales y preguntas sobre si determinadas situaciones se han producido o no.

Deben conocer que los menores, altamente intuitivos a estos contenidos no verbales, pueden ser inducidos a aceptar sucesos que no han ocurrido o por el contrario, a negar otros que sí han tenido lugar en un intento de rebajar los niveles de ansiedad de quienes los interrogan.

Por otro lado, muchos menores asocian interrogatorios recurrentes a episodios en los que se duda de su testimonio o en los que se los quiere inculpar. Por todo esto, los adultos deben saber escuchar y limitarse a ello, sin interrogar.

- Evitar los mensajes culpabilizadores directos o indirectos y crear la necesidad de explicar y justificar los que ya se hayan proferido. Para esto habrá que adiestrar a los adultos en técnicas de emisión de mensajes que expongan los propios sentimientos y necesidades: Los mensajes yo.
- Evitar cualquier mensaje de incredulidad y crear también aquí la necesidad de explicar y justificar por el mismo procedimiento los que ya hayan aparecido. Estos mensajes surgen principalmente cuando el abusador es el padre biológico o el nuevo compañero sentimental de la madre a la cual le resulta inaceptable la idea de haber elegido libremente, haber amado y estar satisfactoriamente conviviendo con una persona que, de dar crédito a la información recibida, resultaría ser tan anómala y depravada. Considera además que ella tendría que haber percibido algo, tanto en el comportamiento de su pareja, que en su criterio, necesariamente habría de ser extraño, como de los episodios que le son descritos. La evitación cognitiva es así la forma de no sentirse inadecuada valorando y eligiendo a las personas y no considerarse culpable por haber dado "semejante padre a sus hijos" o por la nueva relación establecida.

Conflicto similar aparece cuando el abusador es cualquier otro familiar allegado o un amigo de la familia en quien se confía y a quien se estima. Habrá que llegar a una racionalización de estos conflictos siguiendo las pautas de la discusión racional hasta lograr su desaparición.

- Impedir conversaciones aclaratorias con el abusador cuando éste sea conocido. Explicar a los padres que si van a hablar con él, aumentarán los sentimientos de temor de la víctima y su idea de que en el fondo nadie la cree, consciente de que los adultos poseen mejores recursos para convencer, y percibirá el hecho de que ellos consideran que puede haber otra versión del suceso y además están dispuestos a escucharla. Si tal encuentro ya se ha producido, dar las pautas para ofrecer al menor una explicación del mismo basada en

las propias necesidades y dificultades de los padres, reconociendo que fue un error y tranquilizándolo respecto a si es creído o no.

- Evitar enfrentamientos familiares y análisis de los hechos en presencia del/la menor y cualquier otra referencia a los mismos. Los padres habrán de ser adiestrados en técnicas asertivas para no responder a los intentos de otros miembros de la familia de obtener explicaciones o aclaraciones de la situación.
- En los casos de agresiones intrafamiliares, evitar comentarios agresivos o desvalorizadores hacia aquellos miembros de la familia que no crean o responsabilicen a la víctima. Los familiares consanguíneos del abusador tienden con más frecuencia a considerar los hechos como una invención o como algo que pudo ser controlado y detenido apenas en sus inicios, cuando no provocado.

Cuando la familia se divide entre quienes creen y apoyan a la víctima y quienes no, ésta se siente culpable de esta división. Piensa que de haber continuado silenciando el abuso, habría evitado esa ruptura entre parientes que hasta entonces tenían una relación armónica. Es necesario adiestrar a los familiares con los que intervengamos a explicarle al menor desde la aceptación y la calma los motivos de esta situación y plantearse como algo que podrá ser resuelto en el futuro aun en el caso de que las posibilidades sean muy escasas.

- Capacitar también a los padres para explicar al/la menor la actitud del abusador, el por qué de su comportamiento, presentándose como una persona conflictiva y necesitada de ayuda, pero que sin embargo es la única responsable de que el abuso haya sucedido.
- Conseguir que la familia no manifieste temor ante las amenazas proferidas por el abusador o a posibles represalias ni fomenta o aumente este temor en el/la menor. Para ello habrá que seguir un proceso racionalizador que los convenza de lo improbable de que tales amenazas o represalias se lleven a efecto.
- Impedir el aleccionamiento del/la menor ante cualquier intervención en la dinámica terapéutica y en el proceso judicial y la posterior revisión de su testimonio una vez que éste se haya producido, muy especialmente si se ha procedido a un sobreseimiento del caso o si tras la vista oral ha habido una sentencia absolutoria. La familia habrá de tomar consciencia de que estos aleccionamientos sólo servirán para elevar los niveles de ansiedad de la víctima y restarle espontaneidad, lo que incluso puede ser contrario a sus objetivos de lograr un elevado castigo para el agresor, objetivo además que nunca debe ser presentado a los menores como deseable.

Los análisis sobre la declaración efectuada por la víctima con posterioridad a la misma, son, además de nocivos, totalmente inoperantes y pueden generar sentimientos de impotencia, frustración e inadecuación, con la consiguiente bajada de autoestima. Sólo mensajes de estímulo, animosos y de refuerzo positivo a su capacidad de afrontamiento y al aprendizaje a realizar serán indicados, tanto antes como después de cualquier declaración.

- Efectuar una reestructuración cognitiva de los pensamientos de los padres y otros familiares respecto de la situación de abuso. Los pensamientos más frecuentes hacen referencia a culpa por no haber sabido preservar a los hijos de esta situación o no haberla detectado antes o los que se refieren a la propia incapacidad para calibrar las desviaciones sexuales del compañero o cualquier otro indicio en el comportamiento del agresor que hubiera puesto sobre aviso de su patología.

También racionalizar las reacciones de los demás componentes de la familia para lograr su entendimiento e integración de una posible ruptura familiar. Además habrá que reestructurar todas las ideas irracionales referidas a las consecuencias del abuso para la evolución futura de sus hijos.

- Lograr una actitud serena y tranquilizadora, evitando toda postura violenta hacia el abusador, especialmente cuando éste sea conocido o familiar. Hay que informar de que una reacción hostil hacia el agresor vendrá a complicar y aumentar el deterioro psicológico de la víctima. A la ansiedad que provocó la agresión se añade la que produce el temor a que los actos de venganza expresados por sus familiares puedan llevarse a efecto. Así, ya no sólo temerá encontrarse con su abusador, sino la posibilidad de que cualquier miembro de su familia coincida con él.
- Convencer sobre la inconveniencia de contactos entre abusador y víctima incluso aunque estos contactos se produzcan en ambientes considerados seguros para el/la menor por la presencia de otros adultos. La víctima puede sentirse de todas formas intimidada y además la presencia de su abusador puede servir de estímulo para reexperimentar los sentimientos negativos asociados a la situación de abuso.
- Controlar la aparición de comportamientos de sobreprotección al/la menor, que dificultarían la intervención terapéutica, impidiendo los programas de exposición y reforzando los comportamientos de evitación.
- Adiestrar en la inhibición de cualquier refuerzo a manifestaciones depresivas o ansiógenas y en el refuerzo y atención a los comportamientos de normalización.
- Evitar la concesión de privilegios compensatorios y el refuerzo a la utilización del abuso sufrido como medio de evitar responsabilidades o tareas tediosas o acceder a objetos o actividades deseadas tiempo atrás. El acceso a estos objetos o actividades debe plantearse por el contrario como reforzador positivo al esfuerzo de superación, una vez lograda la vuelta a la normalidad.

- Prevenir sobre un exceso de observación del comportamiento del/la menor que lleve a la detección de secuelas inexistentes. Con frecuencia los padres pasan a considerar como consecuencia del abuso sexual determinados comportamientos de autoafirmación o independencia que en realidad son propios del momento evolutivo del sujeto.
- Advertir sobre el peligro de magnificar los hechos, atribuyéndoles conflictos que no les son propios por las repercusiones negativas que puede tener esta actitud para el futuro de la víctima. Observamos como muchos padres aumentan el efecto del ASI imputándole trastornos conductuales o fracasos escolares cuyo origen es muy anterior al mismo. Para ellos resulta menos conflictivo atribuir dichos trastornos o fracasos al ASI pues así los justifican con un episodio externo al grupo familiar y al sistema educativo y socializador seguido y tampoco tienen que reconocer posibles déficits en la personalidad, conducta, capacidad de aprendizaje, inteligencia o motivación por el estudio de sus hijos/as.

El riesgo está en que la víctima acepte también esta imputación y concluya a largo plazo que el ASI sufrido tuvo en su vida un efecto mucho mayor del que realmente podría haber tenido, ya que toda la historia de vida anterior al mismo apunta en muchas ocasiones de abusos antiguos a que determinados fracasos, especialmente académicos y profesionales, de todas formas habrían aparecido.

- Controlar la actitud de reprimir la afectividad de la víctima con varones adultos. En muchas ocasiones, tras el abuso sexual sufrido por el/la menor, sus familiares más directos, especialmente la madre, no toleran que sea afectiva y espontánea con los hombres y envían claros mensajes de corrección para extinguir este comportamiento.

Hay que hacerlos conscientes de que la víctima puede acabar interpretando que el abuso sexual ocurrió por ser ella especialmente efusiva y cariñosa y por tanto, de alguna manera, hizo que sucediera, y aparecerán pensamientos de culpa que no se dieron en los primeros momentos. Además generará desconfianza hacia los adultos pues poco a poco irá adoptando una conducta temerosa y reservada, reprimiendo su afectividad y evitando determinados contactos, situación que puede tener graves efectos en su proceso socializador.

Intervención individual

Aunque la intervención en víctimas menores se realiza fundamentalmente a través de su entorno familiar, hay una serie de temas a trabajar directamente con ellas a partir del momento en que sus capacidades lo permitan.

- Explicarle lo sucedido y las causas por las que ha ocurrido de forma tranquila y sin dramatismo, presentándole siempre al abusador como alguien con conflictos personales y emocionales, necesitado de una ayuda que gracias a sus manifestaciones va a poder recibir.
- Liberarlo/a de todo sentimiento de culpa, destruyendo la dinámica que sostiene que en los conflictos niño/adulto siempre el niño es el responsable. En muchos casos el sentimiento de culpa aparece por comentarios o interpretaciones que los adultos conocedores de los hechos hacen al menor. Los niños y niñas pueden entender que sus mayores en su necesidad de justificar o explicarse la conducta del abusador llegan a considerar que ellos o ellas pudieron tener comportamientos provocadores del abuso o que al menos pudieron haber controlado antes que dejara de producirse y por ello le hacen saber que si hubiera reaccionado de forma más enérgica y temprana, nada habría sucedido o se habría detenido más pronto.
- Utilizar la técnica de Escucha Activa como método para llegar al conocimiento de los pensamientos y sentimientos del menor respecto del abuso sexual, pensamientos que después habrán de ser sometidos a un proceso de reestructuración cognitiva, tanto los referidos al abuso en sí como los referidos a la ruptura familiar y al impacto en los demás miembros de la familia.
- Quitarle el temor a las amenazas y posibles represalias, tanto por parte del abusador como de otros miembros de su familia, que suelen ser sus consanguíneos: tíos, abuelos, etc.
- En familias con escasos recursos intelectuales y culturales habrá que suplir el papel de los progenitores en lo concerniente a determinadas situaciones previas o posteriores a la intervención terapéutica que deberían explicarle o evitar sus padres. Es precisamente su carencia de recursos lo que los incapacita para ello. Aclaremos entonces al menor hechos como:
 - Mensajes inculporios recibidos por parte de los adultos.
 - Contactos y conversaciones explicativas mantenidas con el abusador.
 - Mensajes o comportamientos agresivos hacia la figura del abusador.
 - Enfrentamiento y división familiar entre quienes creen que ha sucedido el abuso y quienes no.
- Fomentar su confianza en los adultos, haciéndole ver el suceso como un episodio aislado e infrecuente: sólo unos pocos adultos presentan esta desviación comportamental; la mayoría son positivos y protectores con la infancia.
- Enseñarles a distinguir entre contactos corporales positivos y negativos con los adultos y sus iguales. Mediante la utilización de material especializado al respecto, se trata de lograr que el/la menor aprenda qué

comportamientos de contacto corporal son saludables y por tanto debe potenciar su utilización y cuáles son nocivos y debe evitarlos, informando de su existencia en cuanto aparezcan.

- Elaborar programas de exposición para la extinción de los comportamientos de evitación más frecuentes: la presencia del abusador, el contacto con familiares defensores del abusador, las diligencias policiales y judiciales y el contacto con otros adultos.

Un caso particular que dificulta sensiblemente la superación del ASI es cuando el abusador es un vecino o amigo de la familia que vive próximo a la víctima. Tras la denuncia y la correspondiente detención y declaración del abusador, éste es dejado en libertad a la espera del juicio. La proximidad física hacen que sean numerosos los encuentros con él, pues además el abusador los potencia como elemento intimidatorio. Resulta muy difícil adiestrar a un menor en técnicas de afrontamiento cuando la situación no se puede jerarquizar pues desde el primer momento no puede controlarse la exposición al estímulo estresor final, ya que éste surge espontáneamente. El temor, potenciado en muchas ocasiones por la propia familia del/la menor, llega en ocasiones a impedir sus obligaciones y actividades sociales.

- Enseñar al/la menor a controlar sus propios comportamientos de demanda de atención, explicándole además cómo los refuerza el medio familiar y social. Racionalizarle por qué presenta él o ella estos comportamientos, por qué los refuerza el medio y la necesidad de evitarlos, entrenándolo en la obtención de atención mediante comportamientos positivos.
- Hacerles conscientes de cómo pueden aprender de esta experiencia, hacerse más fuertes, más seguros de sí mismos, más capacitados para manejar situaciones difíciles y estimularles a ello.
- Potenciar otras áreas personales deprimidas por el efecto del ASI: Autoestima, asertividad y habilidades sociales, principalmente.
- Prevenir que no atribuya al abuso sexual posibles desajustes futuros, especialmente disfunciones en el comportamiento sexual. Explicaremos que no necesariamente ha de encontrar dificultades en este terreno para que no acceda a la sexualidad con un componente de ansiedad sensiblemente más elevado que la media y le enseñaremos a fundamentar los tropiezos iniciales en la inexperiencia, propia y del compañero, y no en el abuso sexual sufrido.

Evitaremos así que esta mayor carga de ansiedad aumente el grado de insatisfacción de los primeros contactos, que a su vez aumentaría la tensión con que se enfrentará a los siguientes, ya que irá confirmando su temor sobre la aparición de disfunciones y después de una serie de experiencias altamente ansiógenas e insatisfactorias, desarrollaría una verdadera fobia sexual.

Esta intervención ha de hacerse con sujetos que tengan al menos 13 años. Cuando el ASI ocurra en edades más tempranas, pospondremos esta parte del trabajo hasta que el/la menor tengan la edad apropiada para ello.

- Diseñar programas específicos de modificación de alteraciones comportamentales que puedan ser consecuencia del ASI como hipersexualización o agresividad.
- Preparar a los/las menores para posibles contactos futuros con su abusador, que éste podrá solicitar una vez que termine su condena o durante la misma cuando expire el plazo de pérdida de la patria potestad.

En los casos de niños y niñas muy pequeños que cuando llegara ese momento no guardarían recuerdo de los episodios de abuso, habrá que irles gradualmente informando del por qué de su falta de contacto con la figura paterna biológica. En todos los casos se trata de evitar que la figura del abusador reaparezca irruptivamente en la vida del menor sin que éste se encuentre siquiera informado

Intervención en el medio social

El entorno social, no ya el medio familiar inmediato, en el que se integra la víctima de ASI juega también un papel determinante. Reacciones como las ya descritas en el grupo familiar: mensajes inculpativos, amenazas al abusador cuando es conocido, sobreprotección como respuesta a las demandas de tranquilización, refuerzo de manifestaciones depresivas o ansiógenas, interrogatorios detallados y recurrentes, etc., aparecen con frecuencia entre los amigos de la víctima u otros adultos referenciales no familiares.

Todos ellos habrá que intentar evitarlos con la oportuna intervención, bien de forma directa, a través de alguna entrevista con los más significativos, bien de manera indirecta, adiestrando a la víctima para que les informe de la actitud que deben adoptar.

Después de haber sufrido violencia sexual, ya sea en el seno familiar o fuera de él, la víctima se hace hipersensible a mensajes agresivos o de prepotencia, a los microabusos, a veces simplemente verbales, y está necesitada de un trato especialmente delicado y sensible.

En determinados ambientes, este trato delicado y sensible es mucho menos frecuente que en otros y cuando así ocurre, la víctima no puede llegar a percibir su agresión como un episodio aislado, sino que lo generaliza a todo su entorno y desarrollará un fuerte rechazo a lo masculino. Constatamos así como la superación resulta mucho más fácil en ambientes culturalmente ricos que en medios deprimidos.

Por ello, cuando la víctima proceda de ambientes carenciales necesitará un adiestramiento especial para hacer frente a esta situación abusiva generalizada al tiempo que será interesante potenciar en ella inquietudes culturales y propiciar un cambio de actividades que le permitan integrarse en grupos pertenecientes a entornos menos agresivos.

En familias económicamente deprimidas habrá que facilitar el acceso a los servicios sociales pertinentes para que resuelvan situaciones de dependencia económica del resto del grupo familiar respecto del abusador. Si la madre y hermanos de la víctima pasan a una situación económica desesperada como consecuencia del encarcelamiento del padre, los pensamientos de culpa por haber informado del abuso que presenta la víctima son mucho más graves, porque además es frecuente que se vean reforzados por los demás miembros del grupo familiar que le responsabilizan de la pérdida de bienestar que padecen.

Intervención en el proceso judicial

El proceso judicial supone para la mayoría de los/las menores un estrés añadido a la propia situación de abuso. Los dos momentos especialmente difíciles para ellos/as son la ratificación judicial y la testificación en el juicio oral.

Una de las razones de esta ansiedad es el desconocimiento que tienen los/las menores sobre este procedimiento. No se trata sólo de falta de información sino incluso de ideas erróneas sobre el mismo, especialmente referidas a su papel como testigos pues frecuentemente se perciben como encausados sobre los que, si su testimonio no resulta convincente, pueden tomarse medidas de castigo.

Por un lado está la “puesta en escena”, excesivamente ritualista, que produce en los/las menores un efecto intimidatorio. Por otro, la falta de adecuación a la edad de los sujetos del lenguaje empleado por muchos de los profesionales de la justicia. Los niños y niñas sienten temor por no entender las preguntas o por no saber responder correctamente a las mismas. Entienden que no pueden dejar ninguna sin respuesta ni contestar “no sé”. Por todo ello, comienzan en muchas ocasiones a responder sin haber comprendido la pregunta o habiendo entendido sólo una parte de ésta, lo que puede hacer que su testimonio resulte inconexo o hasta contradictorio. Para algunos sujetos más tímidos, simplemente el hecho de tener que hablar en público ya resulta altamente estresante.

Otra fuente de ansiedad es la presencia física del acusado, su abusador, que en muchos casos profirió amenazas, y el tener que hacer la narración de los episodios de abuso vividos ante él. Esta ansiedad, aunque disminuye algo, no desaparece porque se oculte al acusado tras una mampara o biombo, pues el/la menor sigue siendo consciente de su presencia, sabe que está oyendo su declaración y en ocasiones puede oír sonidos emitidos por él o la barrera colocada no lo oculta por completo.

Sería, pues, muy conveniente una profunda revisión del sistema judicial en los casos de ASI que contemplara la toma de declaración del testimonio de los/las menores únicamente por personal muy especializado y en situación de entrevista individual y en un escenario acogedor. Dicha entrevista grabada en vídeo sería la referencia definitiva del testimonio del/la menor y podría añadirse una segunda, efectuada en el mismo lugar y por la misma persona e igualmente grabada, en la que se incluyeran cuantas preguntas consideraran pertinentes las partes implicadas en el proceso.

Pero mientras el sistema judicial siga siendo el actual, los/las menores requerirán de una intervención adicional frente al mismo. En primer lugar es imprescindible ofrecerle al/la menor y a su entorno referencial información sobre los lugares en que se celebrarán los distintos actos judiciales y la dinámica de los mismos. Enseñarle días antes la sala en que se celebrará, explicarle dónde estará colocado cada uno, el orden de las personas que pasarán a interrogarlo, etc. Si ni siquiera ésto puede hacerse, al menos ofrecerle una representación gráfica y una descripción de todo el proceso y permitir que él/ella plantee dudas o solicite información adicional.

También hay que tranquilizarlo respecto a su forma de responder a las preguntas. Ha de saber que tiene derecho a contestar “no sé” y a pedir explicaciones si algo no lo entiende. Adiestrarle igualmente a que no empiece a responder impulsivamente sin haber comprendido la pregunta en su totalidad y en formas asertivas y positivas de respuesta.

Tienen además que conocer cómo la ansiedad funciona a nivel corporal y qué sensaciones tendrán al encontrarse nerviosos y recibir nociones básicas de técnicas respiratorias y de relajación física autoaplicables para controlar el estrés que sentirán a pesar de toda la información previa.

Índice

Introducción

1. Competencias de los servicios sociales municipales
2. Organización de los servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid para la prevención y la atención de las situaciones de abuso sexual
3. Actuación específica de los servicios sociales municipales para la prevención y atención de situaciones de abusos sexuales.

Introducción

Desde el presente artículo se tratará de dar a conocer y analizar las competencias de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid en la atención a los menores en situación de “abuso sexual”, así como analizar la interrelación y corresponsabilidad que se debe compartir en este ámbito de actuación con otras instituciones del sistema de protección de menores.

Los distintos modelos explicativos que han profundizado en la comprensión de las causas de este fenómeno y de las consecuencias que tienen sobre las víctimas, coinciden hoy en reconocer el “abuso sexual”, en sus distintas manifestaciones como una forma de maltrato.

No existiendo una definición universal, nosotros tomamos como referencia la acuñada por J. de Paul e I. Arruabarrena (1994), que entiende el “abuso sexual” como: “Cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto desde una situación de poder sobre el niño”

El abuso sexual puede ser también llevado a cabo por personas menores de 18 años, cuando éstos son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de poder o control sobre la víctima.

Tomamos de referencia esta definición justamente por su amplitud y porque en ella quedan incluidas la diversidad de variables que dan lugar a las distintas formas en como el abuso puede ejercerse sobre el menor. Entre estas variables se incluyen la relación entre la víctima y abusador, forma de ejercer el poder, forma de abuso, duración de la situación, etc.

En el ámbito legal la tipología y definición de estas situaciones se contempla tanto desde el Código Civil como desde el Código Penal.

El Derecho Civil contempla el “abuso sexual” en el marco de la regulación de las situaciones de desprotección de menores, pudiendo llegar a generar éste, según las circunstancias que concurran, el desamparo del menor por el inadecuado cumplimiento de los deberes de protección. de los padres o tutores.

El Código Penal, por su parte, recoge la tipificación de los llamados delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, habiendo sido éste recientemente modificado tras la aprobación de la Ley Orgánica 11/1999 de 30 de abril, la cual revisa los tipos penales específicamente, para garantizar una protección de la integridad y libertad sexual de los menores e incapaces.

La integración de las aportaciones dadas desde el ámbito científico y el marco legal a tener en cuenta, define el contexto desde el cual se desarrollan las competencias y actuaciones de los Servicios Sociales Municipales.

La intervención desde los Servicios Sociales municipales, tanto generales como especializados en los casos de “abusos sexuales”, se enmarca en la comprensión de estos acontecimientos como forma de maltrato y desprotección ante la que es imprescindible intervenir.

1. Competencias de los servicios sociales municipales

Las funciones que desde los Servicios Sociales Municipales (Generales y Especializados) se vienen ejerciendo responden a las competencias asignadas como Administración Local en el ámbito de la acción protectora de menores en situación de riesgo o desamparo y que responden al siguiente marco legislativo.

1. La Constitución Española de 1978, en su artículo 39 (Título I, Capítulo III) establece la obligación de los Poderes Públicos de asegurar la protección social económica y jurídica de la familia y dentro de esto con carácter singular la de los menores.
2. La Ley 7/85 de 2 de Abril. Reguladora de las Bases de Régimen Local dispone que el Municipio ejercerá, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia de prestación de Servicios Sociales y de promoción y inserción social.
3. La Ley 21/87 de 11 de Noviembre, por la que se modifica determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de protección, que modifica el tratamiento de las situaciones de desprotección infantil derivándolo hacia el sistema de Servicios Sociales.

4. La Ley 6/1995, de 28 de Marzo de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid que otorga a las Administraciones Locales competencias concretas en orden al bienestar infantil, la prevención de riesgos y la reinserción social de niños y adolescentes.

De forma explícita el art. 50 de dicha Ley establece que “la protección social de los menores que se encuentren en situaciones de riesgo social corresponda al sistema público de Servicios Sociales, para lo cual desde la Red de Servicios Sociales Generales se desarrollarán las actividades de *prevención, atención y reinserción* que sean necesarios, encuadradas en los programas correspondientes”. Asimismo, en el apartado segundo del mencionado artículo 50 se prevé que “Las Administraciones Municipales, en función de las necesidades detectadas entre su población, *crearán los Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia* que refuercen y den cobertura a los Servicios Sociales Generales”

5. Ley Orgánica 1/96 de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menores, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. La ley, según recoge en su exposición, regula los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social, incluyendo la obligación de la entidad pública de investigar los hechos que conozca para corregir la situación mediante la intervención de los Servicios Sociales o en su caso asumiendo la tutela del menor por ministerio de la Ley.

Específicamente el art. 13 señala que “Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.”

En resumen, podemos señalar, que los Servicios Sociales Municipales tienen la obligación, de *detectar las situaciones de riesgo o desamparo* de los menores, pero en la medida que cualquier persona o autoridad, prestándoles el auxilio inmediato que precisen, y de forma más específica tienen que *prevenir* que no se produzcan dichas situaciones, *atenderles si ya se han producido* y *facilitar la integración del menor en su entorno familiar y social*, si hubiese estado separado de él por una medida de protección jurídica, traducción en la práctica del término reinserción.

2. Organización de los servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid para la prevención y la atención de las situaciones de abuso sexual

2.1. Estructura organizativa:

Con anterioridad a la Ley 6/1995 de Garantías y Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, anteriormente mencionada, el Ayuntamiento de Madrid ya había venido organizando sus Servicios Sociales con el fin de informar, orientar y ayudar a sus ciudadanos a resolver sus necesidades sociales, en Servicios Sociales Generales y Servicios Sociales Especializados.

Esta organización, dirigida a toda la población madrileña es, asimismo, la existente para la atención a menores y familias.

- **Área de Servicios Sociales (Servicios Sociales Centrales)**

El Área de Servicios Sociales es el órgano municipal que tiene delegadas las competencias en materia de Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Madrid.

En la estructura actual del Área de Servicios Sociales, el Departamento de Prevención y Familia es el encargado de programar, coordinar y dar unidad al Programa de Atención a Menores y Familias que contempla diferentes niveles de actuación, tanto desde el ámbito de la atención primaria en los Servicios Sociales Generales, como desde los Servicios Sociales Especializados (CAI) para la atención a menores y familias en situación de dificultad, riesgo o conflicto social.

- **Servicios Sociales Generales**

Los Servicios Sociales Generales tienen por objeto promover y favorecer el desarrollo del bienestar social de los individuos y su plena integración social, actuando para prevenir y/o eliminar causas de inadaptación, marginación, discriminación o riesgo social.

Los Centros de Servicios Sociales son los equipamientos básicos de los Servicios Sociales Municipales; constituyen el punto de acceso inmediato y el primer escalón del sistema de Servicios Sociales más cercano al ciudadano y de los ambientes familiar y social.

En la actualidad existen 26 Centros de Servicios Sociales, al menos uno para cada distrito municipal. En estos Centros, de acceso directo, los ciudadanos pueden recibir, a través de un trabajador social para cada zona o barrio, una serie de servicios:

- Información y orientación sobre recursos y prestaciones sociales.
- Gestión de prestaciones sociales.
- Intervención profesional, tanto a nivel individual como grupal.

Los Centros de Servicios Sociales para desarrollar el contenido de los programas y la gestión de las prestaciones se estructuran en Unidades de Trabajo:

- Unidad de Trabajo Social: Primera Atención y Zona.
- Unidad de Programas.
- Unidad Administrativa.

En relación con los colectivos de menores y familias, en los Centros de Servicios Sociales se desarrollan una serie de programas tendentes a prevenir y atender las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto social, y a facilitar la integración del menor en su entorno comunitario.

En estos programas existe una estrecha vinculación entre las actuaciones que se dirigen directamente a los menores y las que van dirigidas a sus familias, por entenderse, como la propia normativa actual reconoce, que la familia continúa siendo el marco más idóneo de desarrollo personal y social del menor.

• **Servicios Sociales Especializados**

Dentro de esta organización constituyen los dispositivos de segundo nivel para la atención a menores y sus familias en situación de riesgo posible desamparo o conflicto social.

Sus funciones se inscriben dentro del marco de la red pública de protección de menores y desarrollan éstas a través de un abordaje interdisciplinar y especializado en técnicas de diagnóstico psicosocial y tratamiento terapéutico.

La función general de los CAI es la de intervenir ante aquellas situaciones de desprotección de menores, en las que las funciones parentales de crianza y protección están desvirtuadas o alteradas, perjudicando el adecuado desarrollo evolutivo de los mismos y su crecimiento como sujetos autónomos.

Los cometidos, derivados de su función general se concretan en los siguientes:

- Participar junto con profesionales de los Servicios Sociales Generales, y otras instituciones (educativas, sanitarias, sociales) en la detección de casos de menores en situación de riesgo social.
- Asesoramiento y apoyo técnico a los Servicios Sociales Generales en la atención a menores. Esta función se realiza a través de su participación como recurso especializado en los Equipos de Trabajo con Menores y Familias.
- Valoración de la situación y problemática psicosocial del menor y su familia, valorando en su caso, si procede proponer a la Comisión de Tutela del menor la adopción de alguna medida de protección.
- Orientación y tratamiento psicosocial especializado, dirigido a prevenir y/o reducir los factores de riesgo, situaciones carenciales y/o conflictiva, fomentando la convivencia familiar y favoreciendo el desarrollo integral del menor y su adaptación al medio familiar y social, tanto en casos en los que se haya adoptado alguna medida de protección, como en otros en que no.
- Coordinación con instituciones y recursos sociales, educativos y sanitarios de los diferentes distritos municipales para la atención global e integral de los menores.

2.2. Programa de atención a menores y familias:

Todas las acciones que se desarrollan desde los distintos niveles descritos anteriormente (Servicios Centrales, Generales y Especializados) se contemplan integrados en el Marco Global del Programa de Atención a Menores y Familias.

Dicho programa contempla tres grandes objetivos generales:

1. Prevenir los riesgos sociales que comprometen el desarrollo integral de los menores.
2. Prestar atención y apoyo especializado a menores y sus familias en situación de dificultad y/o riesgo social.
3. Coordinar actuaciones con instituciones y recursos de atención a menores.

En el esquema que figura a continuación se recogen los objetivos generales y específicos así como los recursos y servicios con los que se cuenta para llevarlos a cabo.

Cuadro 1. Esquema del Programa de atención a menores y familias

Objetivo General I. Prevenir los riesgos sociales que comprometen el desarrollo integral de los menores	
Objetivos Específicos	Recursos
1. Apoyar el proceso de socialización y el desarrollo integral de los menores.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Educación de Calle. • Ludotecas para niños/as de 6 a 13 años. • Espacio Joven para adolescentes de 14 a 17 años. • Centros de Día.
2. Apoyar a las familias en el adecuado ejercicio de sus funciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Educación Social. • Escuelas de Padres.
3. Apoyar a las familias en situación de especial necesidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas económicas • Servicio de ayuda a domicilio • Ingreso Madrileño de Integración • Servicio de Orientación Jurídica.
Objetivo General II. Prestar atención y apoyo a menores y sus familias en situación de dificultad y/o riesgo social	
Objetivos Específicos	Recursos
1. Proporcionar atención psicosocial especializada a menores en situación de riesgo social, desamparo o conflicto social y a sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Centros de Atención a la Infancia. • 25 Equipos de Trabajo con Menores y Familias.
2. Proporcionar atención psicosocial en pisos tutelados a mujeres solas con menores a su cargo en situación de dificultad social.	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Pisos Tutelados.
3. Favorecer formas alternativas de convivencia ante la desestructuración del núcleo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Acogimiento Familiar. Familia Extensa Comunitario Remunerado. • Alojamiento y manutención de mujeres y sus hijos en fin de semana.
4. Prestar alojamiento de forma urgente a mujeres y sus hijos menores en situación de grave dificultad social y que tengan que abandonar el domicilio en que residan.	<ul style="list-style-type: none"> • Dos Centros de estancia Breve para alojamiento urgente a mujeres y sus hijos menores, en situación de grave dificultad.

Esquema del programa de atención a menores y familias

Objetivo General III.- Coordinar actuaciones con instituciones y recursos de atención a menores.	
Objetivos Específicos	Recursos
1. Impulsar y apoyar técnicamente la coordinación de la atención a menores a través de los Equipos de trabajo con menores y familias (ETMF) y de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> • 25 Equipos de Trabajo con Menores y Familias. • Convenio colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
2. Realizar encuentros técnicos entre los profesionales de los Servicios Sociales Municipales de atención a menores.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables y técnicos de los Servicios Sociales Municipales.
3. Realizar encuentros técnicos entre los profesionales de los Servicios Sociales Municipales de atención a menores.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables y Técnicos de los S.S.M y del IMMF • Convenio de colaboración con el IMMF
4. Participar en programas preventivos interáreas e interinstitucionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables y Técnicos de las Áreas Municipales • Responsables y Técnicos de otras Instituciones Autonómicas y Estatales

3. Actuación específica de los servicios sociales municipales para la prevención y atención de situaciones de abusos sexuales.

3.1. Coordinación y colaboración interinstitucional

Partiendo del contexto especificado en los puntos anteriores:

- Comprensión del “abuso sexual” como forma de maltrato y desprotección.
- Competencias legalmente asignadas como Administración Pública.

Los Servicios Sociales Municipales, como servicios integrantes de la Red Pública de Protección de Menores, planifican sus actuaciones siempre en coordinación con los otros elementos de la red.

Si la necesidad de una coordinación interdisciplinar e interinstitucional es cierta en todos los ámbitos del maltrato infantil, se hace totalmente imprescindible en el ámbito de los abusos sexuales a menores, precisamente por la complejidad de elementos psicológicos, sociales y legales que inciden en el mismo.

La presencia de diversidad de elementos e intereses en juego, que en frecuentes ocasiones llegan a ser contradictorias, exigen el abordaje de estas situaciones por distintas disciplinas y distintas instituciones, lo cual multiplica, a su vez, la complejidad de las situaciones y su adecuada atención.

- **Equipos de Trabajo con Menores y Familia (ETMF)**

En el Ayuntamiento de Madrid las plataformas que facilitan este nivel de coordinación y colaboración interinstitucional son los Equipos de Trabajo con Menores y Familias (ETMF) creados en Octubre de 1996.

Su diseño permite la colaboración entre los tres niveles de la red pública de Servicios Sociales que convergen en la atención a menores y familias en el ámbito municipal (Servicios Sociales Generales, Servicios Sociales Especializados y Comisión de Tutela del Menor); y de todos ellos con otras instancias, así como con la iniciativa social.

Los ETMF existen en cada uno de los Centros de Servicios Sociales, siendo un total de 25, y surgen ante la necesidad sentida de garantizar la existencia de espacios formales de coordinación.

Los ETMF tienen como objetivos los siguientes objetivos:

- Valorar, con criterios compartidos, las situaciones de riesgo, desamparo o conflicto social.
- Coordinar los diseños de intervención.
- Asignar a cada uno de los recursos presentes las actuaciones a realizar y el seguimiento de la evolución de los casos.
- Analizar, diseñar y proponer actuaciones distritales tendentes a mejorar el bienestar de la infancia y la adolescencia en el territorio.

En la constitución de los ETMF se contempla a éstos como base para la creación de las Coordinadoras de Atención a la Infancia (Ley 6/95), hoy de Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid (Ley 18/99). Las Comisiones de Apoyo Familiar que la citada Ley 18/99 señala como obligatorias y permanentes en cada distrito, tienen una estructura similar a los ETMF.

Los ETMF, actualmente son estructuras consolidadas en todos los distritos del municipio de Madrid que se redefinirán y adaptarán a lo que establezca el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

3.2. Prevención y Atención:

Dependiendo del nivel de intervención y los objetivos planteables, las actuaciones específicas desde los Servicios Sociales Municipales se desarrollan bien desde el ámbito de los Servicios Sociales Generales, o bien desde los Servicios Sociales Especializados, (Centros de Atención a la Infancia), desde un diseño de intervención definido y articulado conjuntamente.

3.2.1.- Atención desde los Servicios Sociales Generales:

Atendiendo a la organización y funciones de estos Servicios, definidos anteriormente, las actuaciones en este ámbito de intervención se desarrollan a través de los siguientes procesos:

1. **Desarrollo de PROGRAMAS DE CARÁCTER PREVENTIVO:**

Estos programas dependiendo de su articulación, objetivos y alcance, se organizan bien desde los Servicios Sociales o de forma conjunta con otros servicios.

Hasta ahora los programas o proyectos emprendidos se han realizado desde una perspectiva de prevención primaria y/o secundaria con familias en situación de riesgo, con contenidos genéricos sobre crianza y cuidados de los menores, no siendo programas con un contenido específicamente diseñado para la prevención del abuso sexual.

2. Participación y colaboración en la DETECCIÓN con otros servicios.

Las situaciones de “abusos sexuales” a menores no son siempre detectadas por los Servicios Sociales, siendo usual que la detección provenga de otras fuentes: familiares, vecinos, agentes sociales, centros escolares, atención primaria de salud....

En el proceso de detección debe cubrirse dos objetivos prioritarios:

- Identificar si la situación que vive el menor es de abuso sexual (bien a través del testimonio directo de éste o de los indicadores observados, de lo expresado por el que lo notifica, etc...)
- Determinar la gravedad y la urgencia de la intervención.

La detección siempre supone una cierta evaluación inicial del caso, ante lo cual es esencial que los distintos profesionales implicados posean un conocimiento acerca de los indicadores que puedan reflejar la existencia de una posible situación de abusos sexuales.

La forma de actuar en este primer momento va a ser de vital importancia para poder llevar a cabo las actuaciones oportunas dirigidas a proteger al menor.

3. Participación y colaboración con otros servicios en la NOTIFICACIÓN.

La notificación implica transmitir información sobre el menor supuestamente abusado y sobre el informante.

Esta notificación según los casos, puede suponer por un lado, poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor la situación del menor si se valora que éste no está protegido; y en otros supuestos colaborar con la familia o interesados en la denuncia de los hechos ante el Juzgado.

En los supuestos de gravedad y urgencia, se solicita la actuación de servicios de urgencia (Hospitales, Policía,...) Ante casos menos graves se presenta el caso en el Equipo de Trabajo con Menores y Familias a fin de evaluar el riesgo en que se encuentra el menor y planificar la investigación entre los distintos profesionales implicados.

4. Participación en la INVESTIGACIÓN.

En esta fase se buscan los siguientes objetivos:

- Verificar si se ha producido la situación de abuso sexual.
- Hacer una valoración del riesgo en que se encuentra el menor.
- Valorar la necesidad de adoptar medidas de urgencia.

En el proceso de recogida de información pueden ser múltiples los servicios implicados. A través de la estructura del ETMF se establece la planificación de esta recogida de información: qué fuentes serán consultadas, y quién ejecutará la tarea.

En esta fase, en la mayoría de los casos se produce una actuación complementaria especialmente entre los Servicios Sociales Generales y el CAI que recoge información directa del menor y la familia.

5. INTERVENCIÓN a nivel del apoyo social a las familias.

En algunos casos y siempre a través del diseño conjunto con otros servicios y especialmente con el CAI, desde el ámbito de los Servicios Sociales Generales, se realizan actuaciones con la familia, que pueden incluir además la incorporación de otros recursos, como la actuación del Educador Social y/o inclusión del menor en programas preventivos o de integración social.

6. SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN.

A lo largo del proceso de intervención, se mantendrá una estrecha coordinación con los otros servicios implicados, a fin de ir evaluando el proceso y revisando las estrategias de intervención. Esta coordinación se desarrolla fundamentalmente a través de las reuniones de los ETMF, en los que periódicamente se revisa el caso y las actuaciones realizadas por cada servicio.

4.2.2.- Actuación desde los Servicios Sociales Especializados: Los Centros de Atención a la Infancia.

1. Detección

La detección que desde los CAI se realiza está enmarcada dentro de su función de intervención especializada. Es así, que en casos derivados a este servicio y atendidos por otras problemáticas, a lo largo del proceso de intervención, se produce un desvelamiento de situaciones de “abuso sexual” que pueden estar sufriendose en ese momento o haberse sufrido en épocas anteriores.

2. Participación y colaboración con otros servicios en la NOTIFICACIÓN.

Atendiendo a lo descrito anteriormente sobre esta fase, los técnicos del CAI participan en esta notificación, bien colaborando con otros servicios, a través del asesoramiento de las actuaciones a realizar o bien directamente con la emisión de informes que principalmente se remiten a Comisión de Tutela del Menor.

3. Investigación y valoración.

Tanto en los casos detectados en el mismo CAI, como los conocidos a través de los ETMF (detectados por otros servicios o denuncias de familiares), los técnicos del CAI participan activamente, teniendo un papel fundamental en esta fase.

Dependiendo de las características del caso, necesidades y colaboración de los implicados, la actuación del CAI puede corresponder a:

- A.- Investigar la veracidad del “abuso”, las consecuencias y el riesgo en el que se encuentra el menor. Esta actuación como hemos visto, se realiza de forma conjunta con dos servicios que aportarán información de otros campos (sanitario, educativo...)
- B.- Valorar la información existente, proponiendo las actuaciones a realizar:
 - Si hay o no que realizar notificación.
 - Derivación a otros servicios, en su caso.
 - Asumir el caso para continuar la evaluación y el posible tratamiento.
 - Posibles actuaciones complementarias desde otros servicios.
- C.- Evaluar en profundidad el caso, lo que hace referencia al proceso de estudio y análisis de las condiciones particulares, características del menor y la familia, y del funcionamiento familiar.

A diferencia de la fase de investigación, en la evaluación del caso, la información que se recaba no está dirigida a conocer si el menor ha sido o no víctima de abusos sexuales, ni a establecer si hay que tomar medidas de protección; sino que la evaluación significa tener un conocimiento más profundo sobre las relaciones y condiciones familiares, así como el impacto sobre el menor: daño emocional, secuelas, etc, de cara a establecer las estrategias terapéuticas pertinentes.

4. Tratamiento terapéutico.

Una vez evaluado el caso y en coordinación con los otros servicios intervinientes, se valora la posibilidad de continuar con un tratamiento terapéutico desde el CAI. El enfoque del tratamiento se ajustará a las características de la situación:

- Tipo de abuso
- Impacto en el/la menor, situación de riesgo en la que se encuentra
- Quién es el abusador
- Implicación de familiares
- Nivel de colaboración por parte de todos.

En los tratamientos, que se ajustan a cada caso como hemos dicho, se plantean prioritariamente los siguientes objetivos:

- Lograr que el menor esté protegido frente a nuevos abusos.
- Ayudar al menor a elaborar la situación vivida.
- Promover que el menor mantenga relación con modelos adultos sanos y positivos.
- Fomentar la relación positiva, de apoyo y protección entre padres-víctima (casos de abuso intrafamiliar o extrafamiliar en que el padre no es el abusador)
- Fomentar relación positiva, de apoyo y protección entre madre-víctima (casos en que el abusador es el padre)

El tratamiento generalmente se desarrolla simultaneando distintas modalidades de intervención:

- Individual: menor y/o adulto-tutor de referencia
- Diádica: menor-madre (u otro adulto-tutor)
- Familiar.

5. Seguimiento y evaluación.

Forma parte del proceso de intervención, el ir realizando de forma coordinada con otros servicios implicados el seguimiento y evaluación de los cambios efectuados en la familia y la situación en la que se encuentra el/la menor.

Esta fase se realiza principalmente a través de la estructura que facilitan los Equipos de Trabajo con Menores y Familias, sin menoscabo de la coordinación interprofesional que a lo largo de la intervención los técnicos tengan que realizar.

Índice

- Competencias de la Comisión de Tutela
- Principios de actuación de la Comisión de Tutela
- Riesgo, Desamparo y Maltrato
- Abusos sexuales: la intervención de la Comisión de Tutela

El sistema de protección de menores, que estaba basado en la Obra de Protección de Menores de 1948, ha experimentado profundos cambios en los últimos años derivados de:

1. Aprobación de la Constitución Española de 1978
2. Legislaciones y Tratados internacionales aprobados y publicados por la Cortes que forman parte de nuestro ordenamiento jurídico, fundamentalmente, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 ratificada por el Parlamento Español y entro vigor el 5.enero.1991.
3. Cambios normativos con la *Ley 21/87 de 11 de noviembre* que modifica artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal introduciendo un marco normativo moderno de protección a la infancia y otros la más reciente la *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor*.
4. Responsabilidad de las Comunidades Autónomas y normativas de las respectivas comunidades.
5. Desarrollo de los servicios sociales con cambios en equipamientos y servicios, mayor especialización de los profesionales y transformación de la atención residencial convirtiéndose en un sistema moderno de atención social según los derechos, necesidades, bienestar e integración de la infancia (Cuadro 1).

Cuadro1. Cambios en el sistema de atención social a la infancia

Pater familias	→	Derechos
Proteccionismo	→	Necesidades
Beneficencia	→	Bienestar
Segregación	→	Integración

Los servicios sociales se han desarrollado fundamentalmente en nuestro país a raíz de la Constitución 1978 que si bien no define claramente el concepto de asistencia social o servicios sociales si los enmarcan como un *derecho* dentro de un Estado social.

La Constitución Española de 1.978, vino a sentar las bases de lo que podemos definir como “*el derecho de los menores*”, cuando en el Artículo 39.4 recoge la declaración de que *Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos*.

En este texto se hace un reconocimiento explícito de lo que entonces era una laguna existente en dicha materia en las normas de derecho interno, al mismo tiempo que se confirmaba la necesidad de cambiar la idea filosófica sobre el término *menor*, y lo que es más importante, establecer las bases que lo orientaran y desarrollaran desde una nueva perspectiva.

La situación descrita desembocó en un nuevo planteamiento legal del tema del menor, conduciendo a una nueva concepción del Estado en relación con sus miembros; esta concepción es la de un Estado de Bienestar Social, en donde los nuevos planteamientos y actitudes puedan tener su realización.

En los años 80 se inicia un proceso de renovación legal para la adecuación del ordenamiento jurídico al nuevo orden constitucional y a los principios que lo inspiraron. La ratificación por el Estado Español de la Convención de Derechos del Niño supuso la modificación de legislaciones en distintas áreas de la vida de la infancia.

La Convención sobre los Derechos del Niño señala un amplio ámbito de protección para los menores como sujetos de derechos, derechos que deben ser reconocidos, practicados y defendidos por todos y, especialmente por sus progenitores y por los organismos responsables de su materialización.

Este nuevo planteamiento obligó a reorganizar toda la estructura existente y habilitar recursos nuevos por parte de todas las Comunidades Autónomas. De este modo el Gobierno de la Comunidad de Madrid creó un órgano colegiado, la *Comisión de Tutela del Menor*, para que ejerciera las funciones derivadas de la competencia asumida.

La Comisión de Tutela del Menor se creó en 1.988, como órgano colegiado que se sitúa en el vértice del Dispositivo Tutelar, y que instrumentaliza el ejercicio de la acción tutelar, consecuencia de la *desjudicialización del proceso de acción tutelar*, al pasar la competencia a organismos administrativos, y a la *descentralización*, al crearse órganos en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas del Estado.

Competencias de la Comisión de Tutela

Las competencias que en materia de protección de menores corresponden a la Comunidad de Madrid, son desarrolladas por la Comisión de Tutela del Menor, que tiene atribuidas las siguientes facultades legales:

- ❗ Declarar la situación de desamparo de los menores
- ❗ Asumir por ministerio de la Ley, la tutela de los menores desamparados
- ❗ Asumir la guarda temporal de aquellos menores que no puedan ser atendidos por quienes tiene la potestad para ello, previa solicitud y justificación o por acuerdo judicial
- ❗ Prestar el consentimiento y formalizar por escrito los acogimientos familiares voluntarios
- ❗ Promover el acogimiento judicial de menores en caso de oposición o no comparecencia de los padres o tutores
- ❗ Formular las propuestas de adopción de menores, a los juzgados competentes
- ❗ Promover el nombramiento judicial de tutor del menor
- ❗ Tantas cuantas medidas sean necesarias para asegurar la cobertura de las necesidades subjetivas de los menores y su plena asistencia moral y material.

Principios de Actuación de la Comisión de Tutela

Los principios de actuación que ordenan la acción tutelar y que ya se indicaban en la Ley 21/87, en nuestra Comunidad quedaron reflejados en el Decreto 121/88 de 23 de Noviembre, regulador del procedimiento de constitución y ejercicio de la tutela y la guarda del menor, y fueron ampliados posteriormente en la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, de 7 de abril de 1.995.

Actualmente estos principios se han visto reforzados, a nivel estatal por la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor.

Podemos realizar un enunciado de dichos principios como sigue:

1. Se potenciarán los tratamientos preventivos, actuándose sobre las causas que puedan originar la desestructuración familiar y el desamparo de los menores.
2. Se propiciará la integración y normalización de la vida del menor en su medio social.
3. Se procurará limitar temporalmente la intervención administrativa.
4. En caso necesario, se facilitará a los menores recursos alternativos a su familia que garanticen un medio idóneo para su desarrollo integral, adecuada evolución de su personalidad y atención educativa, procurándose mantener la convivencia entre hermanos.

A través de estos principios se reconoce y se da prioridad al derecho de los niños a una protección que garantice su desarrollo integral en su propio entorno sociofamiliar, en primer lugar en compañía de sus progenitores y en su defecto con su familia extensa. Solo como medida extrema cuando lo anterior no sea posible se recurrirá al alejamiento del niño de su medio ambiente de procedencia, de forma temporal o definitiva.

Igualmente se considera de forma implícita el derecho de los niños a que las instituciones ofrezcan apoyo y orientación a sus padres, y a que en caso de separación se reconozca su derecho a retornar con ellos lo antes posible.

Riesgo, Desamparo y Maltrato

Las instituciones fijan las pautas de educación y socialización infantil adecuadas, definen las necesidades del niño y las convierten en norma a través de la legislación y de la propia intervención social. Consecuencia de lo anterior es que una adecuada conceptualización y clasificación de las situaciones de riesgo, desamparo y maltrato infantil, junto al conocimiento de los efectos que éstas pueden producir en el niño y su entorno, es un requisito previo al análisis de cualquier intervención en este tipo de problemática.

A la hora de contemplar los indicadores de riesgo, y por tanto las situaciones de riesgo, asociadas en último extremo a las situaciones de desamparo, es necesario en un primer momento delimitar el alcance de cada uno de estos conceptos desde el marco legal establecido en nuestro país.

La Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece ya en su Exposición de Motivos, la diferencia entre lo que puede entenderse como situaciones de riesgo o de desamparo. En las situaciones de riesgo, caracterizadas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, la intervención tiene que limitarse a intentar eliminar dentro de la institución familiar, los indicadores de riesgo.

Sin embargo en las situaciones de desamparo, donde la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia, la intervención institucional se concreta en la asunción por la Entidad Pública de la tutela del menor y de la consiguiente suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria.

Siguiendo las pautas anteriores, podemos ver que la separación del menor de su entorno se perfila como una de las cuestiones que determinan el tipo de intervención institucional, la responsabilidad de la administración en la aplicación de medidas jurídicas y sociales y, en definitiva la clave que permite diferenciar situaciones de riesgo de situaciones de desamparo.

El concepto de **desamparo** vamos a utilizarlo como término que engloba las distintas situaciones de maltrato, trato negligente o abandono, que provoca la falta de atención grave de las necesidades del niño, o la lesión de sus derechos esenciales, por quienes tienen obligación de procurársela en el primero de los supuestos, y de respetarlos en el segundo.

Actuaciones Preventivas

En el ámbito del Dispositivo Tutelar cabe contemplar dos tipos fundamentales de intervención: la intervención preventiva con la que se pretende anticipar soluciones a probables situaciones de desamparo, y la acción tutelar que se ejerce por la Comisión de Tutela cuando se han producido esas situaciones de desamparo infantil.

Una eficaz política de protección no debe ser solamente defensiva, actuando cuando ha existido desprotección, sino que tiene que ser a la vez ofensiva, adelantándose a la aparición de hechos que comportan costes personales elevados y exigen medidas más traumáticas.

Por ello, el sistema de protección de menores no puede limitarse a actuar ante la evidencia de una situación de desamparo, sino que debe conceder mayor importancia a las acciones preventivas proyectadas hacia el medio social en el que se desenvuelve la vida de los niños.

Estas acciones preventivas se concretan fundamentalmente en la sensibilidad general hacia sus problemas y necesidades de desarrollo y en la actuación temprana de los dispositivos de atención, para evitar la aparición de riesgos y para que éstos no se consoliden en desprotección.

Abusos sexuales: la intervención de la Comisión de Tutela

En los casos en que de la intervención realizada con un menor o con un núcleo familiar se sospeche de la existencia de un posible abuso sexual cometido en la persona de un menor, deberán operar los mismos resortes de protección que cuando se ha detectado otro tipo de maltrato físico o psicológico.

Si el posible abuso sexual se ha cometido en el ámbito familiar, es posible que haya que realizar una separación cautelar del menor de su núcleo familiar, para ello habrá que realizar a través de la Comisión de Tutela del Menor una declaración de desamparo con la asunción de tutela automática, que permitirá realizar dicha separación, y establecer los cauces de protección más adecuados según las características personales y familiares del niño.

Al objeto de poder iniciar esos trámites que permitirán dar entrada a la protección efectiva del niño o la niña objeto de posibles abusos sexuales, es importante resaltar que los servicios médicos que detecten ese supuesto abuso, tienen una doble obligación. Por un lado de acuerdo a lo previsto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, si se aprecia la posible comisión de un delito hay que remitir parte de lesiones al Juzgado de guardia, lo que implicará la iniciación de un procedimiento judicial, en el que será imputada la persona que presuntamente haya incurrido en el delito o falta. Pero dicha comunicación a efectos judiciales no exime de poner en conocimiento de los servicios de protección una notificación paralela a la anterior, dirigida a los servicios de protección del menor.

El fundamento de esta doble notificación se basa en que mientras el Juzgado correspondiente tramitará diligencias para imponer, si procede una sanción penal, el fundamento de la intervención protectora está en proteger al niño o niña para que no puedan seguir cometiéndose los abusos que se hayan detectado.

Una vez más debemos insistir en la importancia de la colaboración interprofesional en esta materia para realizar actuaciones coordinadas y con un objetivo común, que en definitiva debe de ser siempre proteger el interés del niño por encima de cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Índice

- Dirección General de la Mujer
- Servicio de Atención Social a la Mujer y Cooperación
- Servicio de Orientación Jurídica
- Programa de atención a menores víctimas de abusos sexuales gestionado por la Asociación de asistencia a mujeres víctimas de agresiones sexuales

La violencia contra las mujeres se viene ejerciendo a lo largo de su ciclo vital, en diversas situaciones y en todas las culturas y considerada como un asunto familiar hasta épocas tan recientes como la Primera Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Méjico en 1975.

En junio de 1993, en la Conferencia de Viena de Naciones Unidas, se realiza la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, definiéndola como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive amenazas de tales actos, la coacción o la privación dando un paso innegable en el tratamiento público de la violencia.

La V Conferencia Mundial sobre las Mujer celebrada en Beijing (China) en 1995 ratifico que:

La violencia que se ejerce contra las mujeres supone un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo, paz, así como viola, menoscaba y daña el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres.

En 1998 se puso en marcha el *Plan de acción contra la Violencia Doméstica* de ámbito nacional, que recoge una serie de medidas explícitas dirigidas a la prevención y eliminación de la violencia contra las mujeres, incluyendo propuestas de modificación de algunos artículos del Código Penal.

Mientras que el maltrato físico, emocional y la negligencia-abandono no existen diferencias significativas respecto al sexo de las víctimas en el abuso sexual, en la violencia sexual con mayor frecuencia corresponden al sexo femenino.

Tampoco podemos olvidar que cuando en una familia se producen situaciones de violencia-abandono estas van a afectar a todos los miembros de esa unidad familiar, de convivencia, no existiendo formas selectivas solo para la mujer o solo para los hijos, si bien los niños como seres en crecimiento – desarrollo y con menor capacidad para enfrentarse a estas situaciones los efectos serán mayores.

Dirección General de la Mujer

La Dirección General de la Mujer de la Consejería de Servicios Sociales desarrolla distintas iniciativas de utilidad directa en el campo de la atención a los abusos sexuales desde:

1. Servicio de Atención Social a la Mujer y Cooperación,
2. Servicio de Orientación Jurídica, y
3. Programas en colaboración con Asociaciones para atención a menores víctimas de abusos sexuales

1. Servicio de Atención Social a la Mujer y Cooperación

El servicio que presta es la información y orientación social y asistencial a mujeres que se encuentran en dificultad social, que vengan, fundamentalmente, derivadas por los Servicios Sociales Municipales.

- **Área de Atención Social**

El Área de Atención Social tiene dentro sus objetivos:

- Atención social a mujeres, con o sin hijos, víctimas de malos tratos a su pareja.
- Atención a mujeres solas, gestantes o madres en riesgo y/o situación de marginación.
- Pisos tutelados, como alternativa de salida de las casas-refugio y las residencias maternas dependientes de la Dirección General de la Mujer.
- Atención a mujeres jóvenes con problemas personales y/o familiares, que precisan apoyo fuera de su medio familiar.
- Atención a mujeres víctimas de agresiones sexuales
- Ayudas individuales para favorecer la autonomía de mujeres procedentes de los centros dependientes de la Dirección General de la Mujer

• Área de Cooperación

La coordinación es fundamental en la atención y prevención de la violencia-maltrato y por ello la importancia de esta estrategia desde la:

- Cooperación con las Corporaciones locales para la realización de programas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Cooperación con entidades y asociaciones de mujeres para el desarrollo de proyectos de promoción de la igualdad.
- Información sobre asociacionismo de mujeres
- Cooperación institucional con organismos relacionados con la igualdad de oportunidades

2. Servicio de Orientación Jurídica

La prestación de servicio de orientación, asesoramiento jurídico y tramitación de asistencia por Turno de Oficio y Justicia Gratuita a mujeres, mediante un convenio tripartito: Ministerio de Justicia, Colegio de Abogados de Madrid y Dirección General de la Mujer, pretende facilitar a las mujeres el necesario apoyo legal que en muchos casos de violencia requieren.

3. Programa de atención a menores víctimas de abusos sexuales

El Programa de atención a menores víctimas de abusos sexuales gestionado por la Asociación de Asistencia Víctimas de Agresiones Sexuales presta el servicio de tratamiento a casos ciertos o de sospecha de abuso sexual según un convenio que la Comunidad de Madrid firmó convenio con la Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS) en julio de 1.992

Desde la firma del convenio ha venido atendiendo a cualquier persona víctima de violación, abuso o cualquier otra forma de agresión sexual.

A lo largo del tiempo transcurrido se ha detectado el gran número de agresiones a menores existentes, lo que unido a la especificidad en cuanto a la prevención y tratamiento que presentan los casos en los que la víctima es un/a menor, ha puesto de manifiesto la necesidad de diferenciar el programa de los/as menores del de las adultas.

• Objetivo general del programa específico

Abordaje general de la problemática que presentan los menores víctimas de agresión sexual, contemplándose la prevención, la atención directa de los/as menores afectados y la formación específica de profesionales.

• Colectivos de atención:

- Menores agredidos sexualmente
- Familiares de los menores agredidos
- Profesionales que tienen intervención directa en los casos de agresión sexual de menores (Policía, Personal Sanitario, profesionales de los Servicios Sociales, Educadores, etc.).

• Campos de trabajo

- **Atención** a menores víctimas de agresión sexual en el seno de la propia familia o en otros ámbitos distintos del entorno familiar, abarcando esta atención tanto el apoyo jurídico necesario como la atención psicológica, que incluye a los familiares, ya que estos son elementos determinantes en la recuperación de la víctima
- **Formación** de Policía (incluyendo el tema dentro de los cursos de formación general y reciclaje y como especialización de los profesionales que están directamente trabajando en las comisarías con este tipo de delitos)
- **Concienciación** a través de:
 1. Charlas-coloquio y dirigidas a un amplio sector de población con el mensaje inequívoco de actuar ante una agresión sexual.
 2. Jornadas, conferencias y seminarios, en los que se trata con mayor profundidad esta problemática.

• Prevención

Realizada a través de cursos dirigidos a población adolescente e impartidos por las psicólogas de la asociación.

Índice

- Papel del Fiscal
- El menor víctima de otro menor
- Menores agresores en el seno de la familia
- El menor en las crisis familiares
- Fiscal e intervención sanitaria
- Comunicación al Fiscal

El Ministerio Fiscal es la Institución constitucionalmente encargada de promover la acción de la justicia, y en concreto la Institución llamada a la defensa de aquellas personas que no pueden valerse por sí mismos, como ocurre con los menores que no han alcanzado su plena capacidad de obrar. La Constitución en el artículo 124.

La Ley 21/87 que modificó el código civil, la protección de menores descansa en las "entidades públicas de protección de menores" de cada Comunidad Autónoma, por traspaso del Estado de estas competencias (en Madrid, residen en la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales), que las ejercen bajo la "superior vigilancia del Ministerio Fiscal" en redacción del art. 174 del código civil.

El Fiscal ocupa legislativamente una posición ciertamente privilegiada ya que está presente en los distintos ámbitos del ordenamiento jurídico que contemplan:

- la situación de menores desprotegidos, desamparados o en situación de riesgo
- en el ámbito de protección de menores al Fiscal corresponde la superior vigilancia de la actuación de la Administración Autonómica (Art. 174 del Código Civil)
- de menores víctimas de delito el Fiscal interviene en el proceso penal ejercitando la acción penal, solicitando la represión del delito y pidiendo que se adopten las medidas permitidas por nuestra legislación penal en beneficio del menor

La Ley Orgánica 1/96 de protección jurídica del Menor, abunda en esta regulación, perfilando las instituciones jurídicas ya existentes (como es el caso del acogimiento o la adopción internacional), o creando otras nuevas como la que regula la "situación de riesgo".

Cuadro 1. Acciones de protección civil del menor

Tutela	- "ex lege" por desamparo y guarda - ordinaria	
Acogimiento	a. Por el modo de constituirse:	- Administrativo - Judicial
	b. Por los objetivos	- Simple - Permanente - Provisional - Preadoptivo
· Adopción / - Adopción internacional		
· Administración de los bienes de los menores		
· Declaración administrativa de riesgo		

El Fiscal según el artículo 3.7 de su Estatuto Orgánico tiene atribuida la función de "asumir o en su caso promover la representación y defensa en juicio y fuera de él de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no puedan actuar por sí mismos, así como promover la constitución de los organismos tutelares que las leyes civiles establezcan y formar parte de aquellos otros que tengan por objeto la promoción y defensa de menores y desvalidos".

Papel del Fiscal

El Ministerio Fiscal tiene, entre otras, atribuidas por ley la defensa de los derechos de los menores desde: La necesaria **intervención legal** de los Fiscales en los procesos penales por maltrato a menores, o en los que pueda derivarse riesgo para los menores y en los procesos civiles del derecho de familia (patria potestad, tutela, guarda, acogimiento, adopción, separación, divorcio o nulidad en la que existan niños menores ...) hacen del Fiscal que sea una pieza fundamental en la intervención contra el maltrato, pues el Fiscal puede instar ante los Órganos Judiciales que se adopten medidas de protección de los menores (art. 13 Ley de Enjuiciamiento Criminal, art. 158 del Código Civil) e incluso instar la privación de patria potestad o la extinción de la tutela o guarda del menor.

Tipos penales aplicables. Código penal LO. 10/95

Artículos	
138, 139	delitos contra la vida o la integridad física de los menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato
148.3	malos tratos regulado en los artículos de las lesiones y en concreto las lesiones a menores de 12 años
153	malos tratos habituales
180.3, 180.4	tipos penales que protegen la libertad sexual
181,182,183	abusos sexuales
184	acoso sexual
187,188,189	exhibicionismo y provocación sexual y relativos a la prostitución
189,191	facultan al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva, y para instar la privación de la patria potestad, acogimiento o tutela.
220, 221, 222	suposición de parto, la alteración de la paternidad, estado o condición del menor
226 a 233	quebrantamiento de los deberes de custodia y la inducción al abandono del domicilio familiar, abandono de familia y niños
227	impago de pensiones a favor también de los hijos menores
231.1, 231.2	explotación y mendicidad de menores
617	diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores mediante malos tratos
622	quebrantamiento de las resoluciones respecto a menores

Para el ejercicio de esta competencia el Fiscal puede ejercer delante de los tribunales civiles y penales las acciones necesarias para la protección de los menores, así como para la defensa de sus intereses. También podrá solicitar la intervención de la Comisión de Tutela del Menor y otros organismos y entidades con la finalidad de que se realicen las medidas adecuadas para la protección de los menores.

- La Ley Orgánica 4/1992 de 5 de junio les ha atribuido también la **función de instruir** (dirigir la investigación y recogida de las fuentes de prueba) los expedientes por infracciones penales cometidas por los menores de edad comprendidos entre los 12 y los 16 años, así como la de solicitar la imposición de las medidas procedentes en cada caso, garantizando siempre el ejercicio de sus derechos por parte de los menores
- El Fiscal tiene entre sus **funciones de vigilancia** de los menores sujetos a medidas de protección y las de representar a los menores y desvalidos, siendo el órgano del Estado para actuar tanto en el proceso de toma de decisión para instar la actuación judicial como en la ejecución de dicha decisión en los procesos de intervención frente a situaciones de maltrato.
- En el marco de esta importante función del Fiscal tiene encomendada la superior vigilancia de la tutela ejercida por la Comisión del Tutela de Menor respecto de los niños en situación de desamparo.
- La Fiscalía de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Madrid dispone de **Equipos Técnicos**
- Se reclama desde este Programa la atribución de un **fuero especial a los menores**, al modo de lo previsto en los artículos 412 y 413 durante la instrucción y 702 y 703 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal durante la fase de juicio oral, para determinadas autoridades, de forma que los menores puedan declarar en su domicilio, o por escrito incluso efectuado por el secretario judicial que transcriba las manifestaciones del menor en su domicilio o lugar adecuado, y con el asesoramiento técnico que precise.

El menor víctima de otro menor

Cuando el agredido y el agresor son menores de edad entra en juego lo establecido por la Ley Orgánica 4/92 para la responsabilidad de menores que, en la actualidad, permite la intervención entre los 12 y los 16 años con amplias facultades al fiscal para llegar a soluciones a través de la mediación o la reparación extrajudicial

La Ley Orgánica 4/92 reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores:

- tiene como objetivo establecer un procedimiento para aquellos menores de 16 años y mayores de 12 que han infringido las leyes penales (Código Penal y Leyes Penales especiales)
- la interpretación sistemática de la ley es evidentemente educativa
- es una Ley limitativa de los derechos y libertades de los menores de edad penal que carecen de culpabilidad aunque infringan tipos penales. No cometen delitos por lo que no se les puede imponer penas sino medidas.

- Las medidas restrictivas pueden afectar a los derechos fundamentales, artículos de la Constitución 17 (derecho a la libertad) y 18 (honor, intimidad y a la propia imagen)
- la intervención de equipos técnicos salvaguarda los principios constitucionales y asegura el interés superior del niño durante el proceso
- otorga al Ministerio Fiscal una serie de competencias que pueden calificarse como de protección de menores
- corresponde al Fiscal:
 - a. proponer la imposición de una medida determinada.....
 - b. encontrar soluciones con evidente valor en el ámbito educativo mediante la interrelación del derecho y las ciencias sociales fuera del ámbito procesal a través de la mediación o la reparación extrajudiciales.

Una cuestión que plantea amplios problemas es la que se refiere a la posición de la víctima. En ocasiones, las medidas y atenciones al agresor, como menor que precisa una actividad de protección, está suficientemente cubierta por las instituciones (servicios sociales) que regulan las leyes. Pero se observa un importante déficit de atención a la víctima, que, especialmente cuando es menor debe encontrar atención a aquellas situaciones que se han producido y cuyo resarcimiento requiere una actividad de carácter institucional y específicamente de las instituciones de protección de menores.

Menores agresores en el seno da la familia

Un problema relevante que revista suma gravedad es el originado por las conductas de adolescentes o preadolescentes que, sin llegar a realizar conductas tipificadas en el Código Penal, mantienen comportamientos de absoluta rebeldía tanto en casa como en el colegio impidiendo de hecho el ejercicio de la patria potestad por parte de sus padres o tutores.

La respuesta institucional, vía art. 172 del Código Civil o 7 de la Ley orgánica 1/96, es prácticamente nula por ineficaz, lo que unido al insuficiente tratamiento de la salud mental de los menores por parte de los recursos públicos de salud mental, ya que muchos de estos problemas tienen su origen en problemas relacionados con salud mental que unido también a las deficiencias del sistema educativo, que detecta el problema pero, generalmente, ni lo atiende ni lo canaliza adecuadamente, coloca a estos niños, en graves situaciones de riesgo, abocándoles a comportamientos marginales y generando mucho sufrimiento dentro de la familia.

Se reclama una atención especial para estos casos, coordinando los servicios de salud mental con las instituciones de protección de menores, mediante la creación de pequeños núcleos de convivencia como pisos tutelados, a cuyo cargo deben estar profesionales debidamente formados para atender menores en esta situación.

El Juez cuenta con instrumentos legales suficientes (Como arts. 92 y 158 del Código Civil) para que con el Ministerio Fiscal que representa al menor y promueve la acción de la justicia, aplicar la medida mas adecuada al interés del menor.

El menor en las crisis familiares

Los niños en los procesos de separación y divorcio, en los que los intereses de los padres no suelen ser coincidentes con los de sus hijos, que también , suelen ser moneda de cambio en otros intereses de los adultos.

En estos casos el Fiscal es parte en representación del menor y ante posibles intereses antagónicos de los padres actúa ante el Juzgado de Familia proponiendo la prueba que permita determinar cual es el interés del menor en el proceso. Y es función del Juez, proveer a estos intereses con los apoyos, en su caso, de los equipos técnicos, para resolver no solo el pleito originado por la crisis familiar sino la situación del menor.

Es evidente que la aportación de los profesionales que conocen al niño es relevante a los efectos que se pretenden de salvaguardar el interés y la posición de los niños.

Fiscal e intervención sanitaria

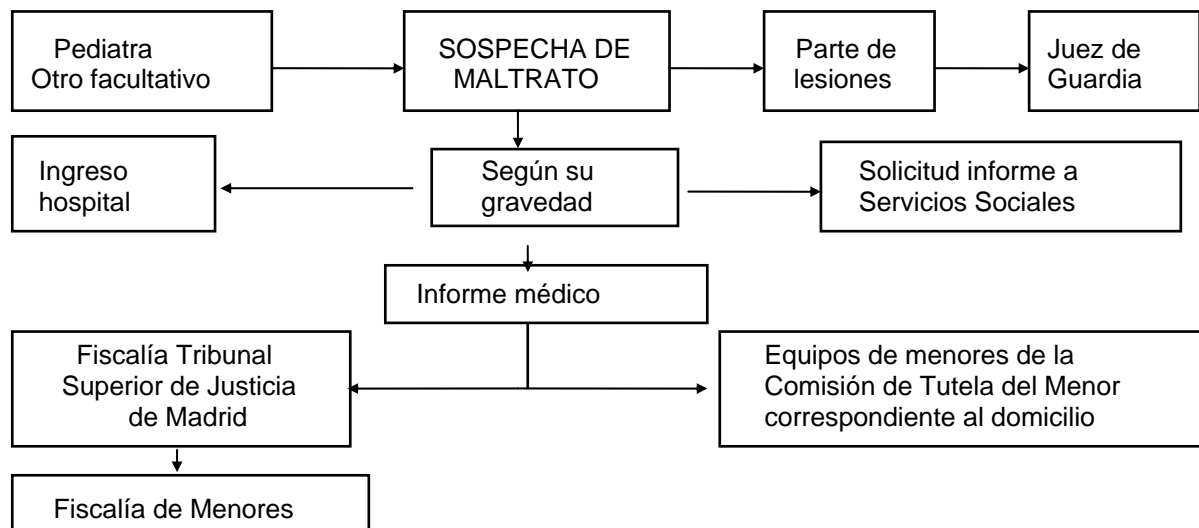
Desde el punto de vista del Ministerio Fiscal, y para el ejercicio de la acción penal por los hechos de que ha sido víctima el menor es sumamente importante, que el contacto con el profesional (sanitario, servicios sociales, educativos,...) que recibe la primera información sea lo más cuidadoso posible e dos aspectos:

1. En cuanto a referencias externas, mediante la toma de datos y observación precisa de las circunstancias del hecho, comenzando por el relato mismo que haga la víctima si la edad lo permite, ya que de este relato, inmediato o al menos próximo al momento de los hechos, se pueden extraer detalles después muy valiosos para el proceso, así como, incluso, un testimonio de referencia que se puede utilizar en el mismo
2. En la propia estimación personal y profesional del facultativo interviniente en la exploración del niño. Así, el facultativo médico puede aportar una serie de datos, precisos, que permitan una exacta determinación de las circunstancias del menor, de su situación en el momento de sufrir la agresión y de las particularidades de la misma que permitan apoyo argumental a las declaraciones del niño en el proceso

Al igual cabe decir del profesional que realiza la exploración psicológica del agredido que pondrá de manifiesto las características de la situación de aquel tras la agresión, que igualmente permitirá apoyar la descripción de los hechos del niño en el proceso

La comunicación al Fiscal de los hechos apreciados por el facultativo, permitirá elegir la opción más adecuada al interés del menor, es decir, la acción penal si se dan los requisitos para ello, o una acción de protección de derechos fundamentales, o la acción de protección, o la adopción de medidas cautelares específicas para la solución del caso planteado. Siempre desde el punto de vista jurídico, pues el asistencial compete a otras Instituciones como veremos seguidamente.

Tabla 1 .Intervención en casos de maltrato



En la apreciación de la situación de **riesgo** cuenta mucho las informaciones que los profesionales del primer nivel (servicios sociales, pediatras, centros hospitalarios, etc.), que permitan detectar la situación del menor y las posibilidades de intervención. Naturalmente, la situación de riesgo puede estar ligada a otras situaciones que requieran un tratamiento jurídico determinado, e incluso tramitarse en un proceso penal, como por ejemplo en una situación de malos tratos continuos por parte de uno de los padres, que por una parte constituyen una situación de riesgo (o incluso de desamparo), y de otra parte una situación de responsabilidad penal por parte del autor.

De tal modo, que ante posibles situaciones de riesgo, aquellos profesionales que detecten el caso, deben ponerlo en conocimiento inmediatamente de los servicios sociales o de la entidad pública de protección de menores, y del Ministerio Fiscal, para que por éste se insten las medidas civiles o penales que procedan.

Es muy importante una relación fluida entre los profesionales que atienden al menor y el Ministerio Fiscal, y en particular, una relación entre los servicios sociales, entidades públicas de protección de menores y el Ministerio Fiscal, que encuentra su base legal, en lo que establece el artículo 174 del Código Civil.

Comunicación al Fiscal

Cualquier ciudadano (mayor o menor de edad) puede dirigirse al Fiscal y presentar denuncia. En este supuesto el Fiscal tiene facultad para investigar los hechos y si como consecuencia de sus diligencias considera que existen indicios de responsabilidad penal por parte de alguna persona, demandara al juzgado que se inicie el procedimiento judicial correspondiente.

Índice

- Introducción
- Regulación legal de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual
- 1. Agresiones sexuales
 - A) Tipo básico
 - B) Tipo cualificado del art. 179: delito de violación
 - C) Tipos agravados
- 2. Abusos sexuales
 - A) Tipo básico: abuso sexual no consentido
 - B) Abuso por prevalimiento
 - C) Tipos cualificados
 - D) Abuso fraudulento
- 3. Acoso sexual
- 4. Exhibicionismo y provocación sexual
- 5. Delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores
 - Requisitos de perseguibilidad y obligación de denuncia
 - ¿Que puede hacer un juez de Instrucción ante un caso de agresión sexual a un niño?
 - Ayudas a las víctimas de delitos contra la libertad sexual
- Introducción

Sin duda, el abuso sexual en la infancia es una de las formas graves de maltrato por sus efectos adversos sobre la salud física, mental y emocional del niño, por lo que constituye un gran problema al que deben enfrentarse todos los potenciales intervinientes en estos supuestos (pediatras, médicos forenses, jueces, asistentes sociales, psicólogos, abogados.....), siendo necesaria una mayor sensibilización con este grave problema y una mayor coordinación entre todas las instituciones, para intentar erradicar esta lacra, siendo necesaria una importante capacidad de sospecha para afrontarlo debidamente.

El abuso sexual ha sido definido por un comité de expertos de la Asociación Médica Americana como la explotación del niño por parte de un adulto con vistas a la obtención de placer o beneficios económicos. También podría ser definido como el involucramiento de niños y adolescentes en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente y ante las que no están capacitados para dar o no su consentimiento.

Teniendo en cuenta las circunstancias en que se suele producir (generalmente es cometido por alguna persona conocida o familiar del niño, recurriendo a conductas de persuasión, engaño, amenazas o violencia), el hecho de que en la mayoría de los casos, el abuso sexual no produce daño físico, pero sí psicológico, como ocurre cuando sólo existen tocamientos), así como el dato constatado de la dificultad de exploración de un menor, resulta evidente que los delitos de esta naturaleza exigen un esfuerzo probatorio que requiere una eficaz y comprometida intervención de todos los profesionales antes citados para poder detectar el problema así como para evitar someter al menor a lo que se ha venido denominando victimización secundaria..

Debe, no obstante, la gravedad de las conductas atentatorias contra la libertad sexual de los menores, tenerse en cuenta, que en los casos de separaciones matrimoniales conflictivas, en que existe litigio sobre la custodia o/y el ejercicio y las circunstancias del derecho de visita, la experiencia judicial lamentablemente acredita que no son infrecuentes las denuncias por supuestos malos tratos o abusos que no responden a la realidad y tienen como finalidad influir sobre la decisión de custodia. Por ello, estos casos deben examinarse con suma atención y cuidado para evitar una posible condena injustificada de quien no tiene medio alguno de demostrar su inocencia enfrentado como única prueba acusatoria a las manifestaciones cambiantes de un niño de temprana edad que puede estar influenciado por su entorno familiar.

Salvo en esos casos de clara manipulación de los menores para favorecer intereses espúreos de los responsables de su custodia, la jurisprudencia del Tribunal Supremo es reiterada al valorar, en principio, la declaración de la víctima como hábil para desvirtuar la presunción constitucional de inocencia, atendiendo a que el marco de clandestinidad en que se producen determinados delitos, significadamente contra la libertad sexual, que impide en ocasiones disponer de otras pruebas.

La necesidad de proporcionar a los menores de 18 años, de ambos sexos, una protección especial en todos los aspectos, lo proclaman de consuno la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño de 20.11.89, ratificada por España el 30.11.90 y la Carta Europea de Derechos del Niño, aprobada por la resolución A-301712/92 del Parlamento Europeo que precisa en su Exposición de Motivos que "El niño, en su calidad de ser humano y en su condición de ciudadano de cualquier Estado miembro de la Comunidad, es acreedor de todos los derechos reconocidos por la Convención Europea de los Derechos del Hombre y

las Constituciones Nacionales", aplicable a España no solo por la norma general del art. 96 CE sino por la específica del art. 39.4 de la misma.

En el artículo 19 se obliga a los Estados parte a adoptar medidas legislativas contra cualquier tipo de abuso incluido el sexual y refuerza la protección el artículo 34, comprometiéndose los países a prevenir y castigar cualquier forma de explotación sexual.

Los delitos contra la libertad sexual, máxime cuando afectan a menores y aún más si se producen en el ámbito familiar, merecen un especial reproche moral y social, que impone una contundente reacción penal, proporcionada a su acentuada gravedad, a la especial relevancia del bien jurídico contra el que atentan y a la reforzada tutela que los menores merecen como víctimas de los mismos.

De ahí que la legislación penal deba establecer un marco de protección a quienes por razón de su edad se encuentran en proceso formativo de su personalidad sin aquella madurez psicológica y ética necesaria para autodeterminarse en materia sexual. Veamos, pues, cuál es la regulación legal de estos delitos en la legalidad vigente.

- **REGULACIÓN LEGAL DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL**

El Título VIII del Código Penal, tras la reforma introducida por la Ley Orgánica 11/1.999 de 30 de abril, tipifica los "**Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales**".

Con ello se quiere destacar que la libertad sexual no es el único bien jurídico protegido en todos los delitos contemplados en este título, puesto que existen personas que no gozan de "libertad sexual", entendida como aquella parte de la libertad referida al ejercicio de la propia sexualidad y en cierto modo, a la disposición sobre el propio cuerpo, sino que también se protege la "indemnidad Sexual" de aquellas personas o sujetos pasivos del delito que carecen de esa libertad, temporalmente por ser menores de edad, o definitivamente, en el caso de incapaces.

A efectos de sistematizar los tipos penales comprendidos en dicho título podemos distinguir cinco grandes grupos:

1. *Agresiones sexuales* (arts. 178 a 180) y en el que se sancionan penalmente las conductas más graves y reprochables que se producen con violencia o intimidación.
2. *Abusos sexuales* (arts. 181 a 183) que sanciona los actos sexuales no violentos pero no consentidos o con consentimiento viciado.
3. *Acoso sexual* (art. 184) que sanciona la solicitud de favores sexuales por quien tiene una posición preeminente respecto de la víctima.
4. *Exhibicionismo y provocación sexual* (arts. 185 y 186)
5. *Delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores* (arts. 187 a 190).

1. Agresiones sexuales

A) Tipo básico

El artículo 178 del C. Penal vigente, modificado por la Ley Orgánica 11/1999 de 30 abril tipifica el atentado a la libertad sexual que consiste en una agresión sexual de la siguiente manera:

"El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años."

En este precepto no se dice qué tipo de comportamientos pueden integrar un atentado a la libertad sexual, ya que nada se dice sobre su intensidad o gravedad. Ahora bien, es requisito imprescindible para poder hablar de agresión sexual que el comportamiento sexual se produzca con violencia o intimidación directamente encaminada a vencer la oposición o falta de consentimiento de la víctima, de tal manera que se de una relación de causa a efecto, siendo, por lo tanto, indiferente, que posteriormente la relación sexual en sí misma se desarrolle con violencia.

La *violencia* supone el empleo de cualquier medio físico para doblegar la voluntad de la víctima, y debe tratarse de violencia personal y sólo sobre la víctima. La violencia sobre terceras personas o fuerza en las cosas no tienen encuadre en este precepto.

La *intimidación* implica el uso de amenaza de un mal con entidad suficiente para eliminar su posible resistencia. La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha señalado que la intimidación, a efectos de integrar el tipo de agresión sexual, debe ser seria, inmediata y grave, y si ello no se produjera, integraría el delito de abuso sexual cuando el consentimiento está ausente.

No es necesaria, según la última jurisprudencia que exista resistencia por parte de la víctima, sino que basta con que conste la voluntad contraria de la misma, sin necesidad de resistencias especiales o heroicas, bastando con el NO de la víctima.

En resumen, son elementos del delito de agresión sexual previsto y penado en el art. 178 del Código Penal:

a) Una acción, consistente en atentar contra la libertad sexual de otra persona. Es prácticamente unánime en la doctrina y la jurisprudencia que la acción imputada debe consistir en un contacto físico, consistente en un hacer o un soportar, en favor del autor de la acción violenta o intimidatoria o de un tercero, recaiga o no sobre el cuerpo de la víctima y que no sea una conducta exhibicionista (ej. no tendría cabida en este precepto el obligar a otro a contemplar un acto sexual como la masturbación por ejemplo). No obstante, existen algunos casos límite como el contemplado por la sentencia de la Audiencia Provincial de Bilbao de 25 de abril de 1.997 en el que el imputado le dijo a la víctima que "le ayudase a cascársela", sacando a continuación sus genitales, masturbándose al tiempo que le decía a la niña que se subiera la falda y como ella no lo hizo, lo hizo él, bajándole también las bragas, y sin llegar a tocarla, eyaculó en el ascensor. La sentencia razona que "la exigencia de contacto dificulta la percepción clara del problema.....pues el centro de gravedad debe ser la imposición de una situación sexual a la víctima, lo que ocurre en el caso porque el acusado materialmente despoja a la víctima de la ropa que tapa sus órganos sexuales y en esta situación. Lograda violentamente, en la que convierte a la víctima en objeto sexual, se masturba", por lo que considera los hechos incardinables en el delito de agresión sexual.

Serían encuadrables en este precepto los tocamientos concentrados en sus zonas íntimas y genitales (aun a través de la ropa), obligar a la víctima a realizar en la persona del agresor los mismos tocamientos, etc.....

b) Respecto de los sujetos activo y pasivo basta con que sea un ser humano, una persona.

c) En la acción del atentado ha de mediar violencia o intimidación.

B) Tipo cualificado del art. 179 : delito de violación

El nuevo artículo 179 del C. Penal agrava la pena (prisión de 6 a 12 años) cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, en cuyo caso, el responsable será castigado como reo de violación, con la pena de prisión antes indicada.

Concretamente, el citado precepto establece:

"Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de violación, con la pena de prisión de seis a doce años."

El delito de violación, requiere, por lo tanto, la concurrencia de los requisitos del tipo básico; pero además, respecto del modo de la acción atentatoria contra la libertad sexual, "el acceso carnal".

Como señala el T.S. de forma constante y reiterada, se requiere:

1. *un requisito objetivo*: la acción proyectada por el cuerpo de la persona ajena: el acceso carnal..
2. *el elemento subjetivo o intencional*, representado por la finalidad lúbrica o deshonesto (por todas SS del T.S. de 23-4-1993 y 5-2-94) En concreto, y en relación a este último elemento, la Sentencia de 27 de enero de 1997 afirma que se trata de un delito de tendencia, en el cual el elemento subjetivo que tiñe de antijuricidad la conducta, está constituido por el ánimo libidinoso o propósito de satisfacción sexual.

La reforma del Código Penal de 1.999 vuelve a introducir el concepto de violación, que en su día desapareció del Código por una errónea idea que asociaba dicho concepto únicamente con la relación heterosexual por vía vaginal.

Veamos separadamente cada una de las modalidades delictivas de este precepto :

a) **acceso carnal por vía vaginal.**

Para la consumación de este delito no se requiere la eyaculación, basta con el que el pene se introduzca, siquiera sea mínimamente, en la cavidad vaginal. Debe señalarse, que la doctrina del Tribunal Supremo, con referencia al antiguo delito de violación, nunca exigió una penetración total y completa, sino que bastaba con un principio de "introito" o introducción parcial, de modo que cuando se superaban los labios mayores, había de considerarse producida la penetración vaginal, aunque no se traspasara la zona vestibular que tiene por frontera el himen, siendo sólo factible el delito en grado de tentativa en las hipótesis que suelen citarse como más frecuentes de la desproporción de los órganos sexuales del varón y la mujer, aunque el Tribunal Supremo, en el caso de menores de edad se ha inclinado por la teoría de la "coniunctio membrorum" considerando consumada la agresión sexual en el caso de una niña menor de 12 años, porque la conjunción de los órganos llegó al extremo posible que permitían las condiciones fisiológicas de los protagonistas.

La sentencia de 13 de diciembre de 1993 expresa "la consumación de tal delito exige la totalidad de la acción típica, esto es, la penetración del órgano sexual del sujeto activo en alguna de las cavidades típicas "vaginal, anal o bucal", penetración que aunque no es exigible sea total, sí requiere, al menos una

"coniunctio membrorum", y contacto del órgano penetrante con los umbrales de la cavidad penetrada, y en un principio de "introito" de modo que, tratándose de una penetración vaginal, se superen los "labium maius" a partir de cuyo punto habrá que entender se produce ya una penetración vaginal".

De la misma manera, la sentencia de 22 de septiembre de 1992 requirió para estimarse consumado el delito de violación el ayuntamiento carnal o conjunción de órganos genitales, siempre que conlleve la penetración del pene, más o menos perfecta, en la cavidad genital femenina, añadiendo no ser preciso ni siquiera la rotura más o menos completa del himen, con desfloración de la mujer.

b) acceso carnal por vía bucal o anal.

Es preciso para la perfección del delito algo más que el mero roce del pene con la parte exterior del ano o la boca, requiriéndose al menos, una introducción parcial.

c) introducción de objetos por vía vaginal o anal.

En este tipo delictivo se integran únicamente las introducciones de objetos o instrumentos por dos cavidades naturales (vaginal y anal) , siempre y cuando cumplan un fin equivalente al del pene (consoladores, vibradores, u otro tipo de objetos), debiendo tener una finalidad exclusivamente sexual.

Por objetos, según la Circular de la Fiscalía General del Estado 2/90, habrá que entender aquellas cosas inanes, excluyendo penetraciones de órganos que forman parte de las relaciones sexuales socialmente aceptables (penetración digital o lingual). Inane, pues, quiere decir lo contrario de un órgano vivo y no un órgano distinto del sexual masculino, nunca la lengua o los dedos.

La sentencia del Tribunal Supremo de 23 de marzo de 1.999 siguió el criterio mantenido por la Fiscalía. Se trataba del padre de una menor que, en fechas no determinadas pero comprendidas desde el año 1995 hasta el mes de septiembre de 1996, aprovechando que pasaba en repetidas ocasiones al dormitorio de su hija Cristina, debido a que ésta tenía miedo, y con la finalidad de procurarse satisfacción sexual, realizó a la pequeña tocamientos en sus órganos genitales en un número indeterminado de veces, nunca inferior a tres, en cuyas ocasiones llegó a introducirle un dedo en la vagina a la cual igualmente aproximó el pene sin llegar a penetrarla..... La Audiencia de Murcia entendía que la introducción de los dedos en la vagina de la niña "constituye un supuesto que se encuentra entre el acceso carnal y la introducción de objetos, y por lo tanto, comprendido en dicho precepto, pero el Tribunal Supremo entendió que los dedos no pueden ser considerados como "objetos" a los efectos agravatorios de la sanción penal de la agresión sexual, asumiendo expresamente el criterio acogido por la Fiscalía General del Estado en su Circular 2/1990. Los tipos penales deben necesariamente ser interpretados en forma taxativa o estricta (art. 1.1º y 4.1º del Código Penal 1995), no pudiendo extenderse la expresión "objetos", que lingüísticamente equivale a cosas inanimadas o inanes, hasta incluir en ella partes del cuerpo humano, como los dedos o la lengua, que en el lenguaje usual nunca son denominados objetos, pues ello equivaldría a aplicar una circunstancia agravatoria a un supuesto distinto del expresamente previsto en la ley penal que la establece.

C) Tipos agravados

Las penas de las agresiones anteriormente citadas (tanto la del art. 178 como la del art. 179) se agravan cuando concurren alguna de las circunstancias que se contemplan en el artículo 180. Dice el precepto :

Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del art. 178, y de doce a quince años para las del art. 179, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

- 1ª) *Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.*
- 2ª) *Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.*
- 3ª) *Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.*
- 4ª) *Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.*
- 5ª) *Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los arts. 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.*

Examinemos cada una de estas circunstancias que agravan la pena y que en el caso de que concurren dos o más permiten la imposición de una pena de hasta 15 años de prisión.

1ª) *Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.*

El carácter degradante o vejatorio *debe referirse al medio comisivo* empleado, configurador de la agresión sexual, y no a la clase de conducta sexual realizada. A estos efectos es difícil deslindar los

actos de violencia o intimidación instrumentales al tipo penal, de aquéllos otros que añaden un *plus de antijuricidad* y que suponen un *atentado adicional* a otros valores tales como la dignidad, o la intimidad de la víctima.

Para ORTS, ha de exigirle un doble componente.

a) La capacidad para humillar y escarnecer de la violencia empleada; usando medios *objetivamente degradantes* para la víctima, que añadan "algo más" a lo que es la agresión típica.

b) Que el sujeto activo busque con el uso de tales medios "algo más" que la satisfacción sexual y que se evidencie por no ser "normales" las vías utilizadas; y ello suponga una especie de castigo añadido para la víctima, al no ser necesario para culminar el fin sexual

2ª) Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.

Su fundamentación hay que buscarla en la limitación de posibilidades de eludir la agresión (defensa, huida...), que supone para la víctima y en la mayor potencialidad lesiva para el bien jurídico de estos ataques, que suponen un incremento del desvalor de la acción.

3ª) *Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.*

En este caso, la cualificación de la pena se debe a la "vulnerabilidad" de la víctima. exigiéndose evidentemente que el dolo del autor abarque, puesto que precisamente se aprovecha de ello, la vulnerabilidad personal.

La ley estima que el menor de 13 años es especialmente vulnerable en todos los casos. Se presume que la edad inferior a 13 años es causa de vulnerabilidad especial. En los demás casos, esto es. menores de edad pero de más de 13 años, personas enfermas o que por su situación puedan ser especialmente vulnerables, es preciso acreditar que el autor se aprovechó de esa situación de indefensión de la víctima que bien sea por su corta edad, su ancianidad, su invalidez o bien por hallarse privada de sentido por cualquier razón, no tuvo posibilidad de defenderse de la agresión.

4ª) Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

Sería por ejemplo el caso contemplado por la sentencia del Tribunal Supremo de fecha 01-10-1999, núm. 1396/1999, en la que se condena al procesado como autor responsable de un delito continuado de violación a la pena de dieciocho años de reclusión menor con la accesoria de inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena, por los siguientes hechos: "el procesado Sebastián, mayor de edad vino manteniendo de forma continuada desde el año 1988, relaciones sexuales con su hija Diana, nacida el 31-3-1980, cuyas relaciones se desarrollaban en el domicilio familiar. Dichas relaciones comenzaron siendo tocamientos que el acusado efectuaba a la menor por todo su cuerpo incluidos sus genitales, para continuar en varias ocasiones no concretadas exigiendo a Diana que le masturbara, a lo que ésta accedía-. Por último en un número de ocasiones no determinado, el acusado penetró vaginal y analmente a la menor, comenzando dichos accesos carnales en una fecha no concretada pero en todo caso antes de que Diana cumpliera los doce años de edad. A todos estos actos, accedía la menor ante el temor que le inspiraban las amenazas del acusado que aseguraba a la niña en ocasiones que de no acceder a sus deseos, se suicidaría".

5ª) Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los arts. 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

Habrà de considerarse medio peligroso cualquier instrumento que tenga un poder mortífero o vulnerante como armas de fuego, armas blancas, o armas contundentes como palos, piedras.....

2. Abusos sexuales

El abuso sexual se diferencia de la agresión sexual en que se trata de cualquier acto no querido que atente contra la libertad sexual de otra persona realizado sin violencia y sin intimidación.

Tipo básico : abuso sexual no consentido

Tras la reforma de 1.999, el art. 181.1 del Código Penal establece:

"El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses."

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 181.2 del C. penal se consideran en todo caso, abusos sexuales no consentidos:

“..... los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare.

La reforma penal de 1.999 ha modificado un criterio que venía siendo tradicional desde la legislación decimonónica y que fijaba la edad hasta la cual los abusos sexuales con menores se reputaban siempre no consentidos, en los 12 años de edad, aumentando en un año ese límite. Cuando se trata de menores de trece años, pues, el Código Penal establece una presunción “*uris et de iure*” de que son incapaces para autodeterminarse respecto del ejercicio de la libertad sexual.

Ese límite de edad hay que referirlo siempre a la edad biológica y no a la mental. Por ello, los abusos sexuales, en cualquiera de sus formas, con personas mayores de trece años, pero aquejadas de cualquier tipo de debilidad mental, con edad mental inferior a ese límite, no puede sancionarse en base a este precepto, salvo que la limitación mental sea de tal entidad que equivalga a estar privado de razón o de no ser así, podría reconducirse, al abuso de prevalimiento por la superioridad (art. 181.3)

B) Abuso por prevalimiento

El art. 181.3 del C. penal establece que:

La misma pena (que la prevista para los abusos sexuales no consentidos) se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

Debe entenderse que en este caso, sí existe consentimiento, pero viciado por encontrarse el autor de los hechos en una situación de superioridad respecto de la víctima, que puede ser cualquier persona mayor de trece años. Esa situación de superioridad puede derivarse de la existencia de parentesco, funciones docentes, autoridad.....

C) Tipos cualificados

Se prevé un agravamiento de la pena prevista para los abusos sexuales en los casos previstos en las circunstancias 3ª o la 4ª del art. 180 de este Código, esto es:

- *Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.*
- *Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.*

Por su parte, el artículo 182 del C. Penal establece que:

“En todos los casos del artículo anterior, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.”

D) Abuso fraudulento

El artículo 183 del C. Penal establece que:

1. *El que, **interviniendo engaño**, cometiere abuso sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años, o multa de doce a veinticuatro meses.*
2. *Cuando el abuso consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena será de prisión de dos a seis años. La pena se impondrá en su mitad superior si concurriera la circunstancia 3ª o la 4ª de las previstas en el art. 180.1 de este Código.*

El engaño normalmente supone una mendacidad o ardid de que se vale el seductor para que el sujeto pasivo consienta el acto sexual que de otra manera no hubiera permitido. Dentro de esta “estafa o timo” sexual, cabe incluir la falsa promesa de matrimonio, de consolidación de una relación sentimental, el aprobar una asignatura etc.....

3. ACOSO SEXUAL

El artículo 184 del Código Penal establece lo siguiente:

1. *El que **solicitar favores de naturaleza sexual**, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado, como autor de acoso sexual, con la pena de arresto de seis a doce fines de semana o multa de tres a seis meses.*
2. *Si el culpable de acoso sexual hubiera cometido el hecho prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un*

mal relacionado con las legítimas expectativas que aquélla pueda tener en el ámbito de la indicada relación, la pena será de arresto de doce a veinticuatro fines de semana o multa de seis a doce meses.

3. *Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, la pena será de arresto de doce a veinticuatro fines de semana o multa de seis a doce meses en los supuestos previstos en el apartado 1, y de prisión de seis meses a un año en los supuestos previstos en el apartado 2 del presente artículo.*

El delito de acoso sexual es un delito de mera actividad, se consume con la mera realización de la acción. En él se distingue un tipo básico y dos modalidades agravadas:

- a) el acoso de prevalimiento, entendido como abuso de una situación de poder o superioridad que ha de tener su origen en una relación laboral, docente o jerárquica.
- b) el acoso sexual mediante intimidación, es decir, el abuso de la situación de poder ha de ir acompañado de la amenaza de frustrar las legítimas expectativas de la víctima.

4. Exhibicionismo y provocación sexual

El artículo 185 del C. Penal dice:

“el que ejecutare o hiciere ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a doce meses.”

Por actos de exhibición obscena debe entenderse como señala *Muñoz Conde*, el concepto de “exhibicionismo” acuñado por la Psiquiatría y la Criminología, que evoca un tipo de autor, generalmente con problemas de desequilibrio mental, que realiza actos de exhibición de sus órganos genitales a un extraño, con el propósito de alcanzar una excitación sexual, sin ánimo de llegar a tener relaciones sexuales con él.

Ahora bien, no debemos limitar la aplicación de este precepto al caso típico del “exhibicionista”, normalmente hombre que disfruta mediante la exhibición de su órgano genital masculino ante menores de edad. Otros comportamientos también pueden tener su encuadre en este precepto, como el examinado por la Audiencia Provincial de Sevilla, sec. 3ª, Sentencia de fecha 06-04-1999, núm. 60/1999, rec. 3083/1997, y en la que se declaran como hechos probados los siguientes: “Durante el periodo comprendido entre el 21 de agosto y el 19 de noviembre de 1995, Antonio mayor de edad, condenado por delito contra la seguridad del tráfico y Antonia mayor de edad condenada por delito contra la salud pública, en sentencia de fecha de firmeza 4 de octubre de 1996, que mantenían relaciones sentimentales, convivieron en la habitación 210 del “Hostal L.” en la calle S. de Sevilla, con las hijas menores de Antonia, Fernanda de 7 años de edad y Manuela de 9 años de edad. En ese tiempo en número no precisado y sin importarle la presencia de las menores y con conciencia de que eran vistos por estas, mantuvieron relaciones sexuales completas mostrando sus cuerpos desnudos y esos actos a las menores que se situaban en una cama continua a menos de 2 metros de distancia. No consta que haya existido contacto corporal entre los procesados y las menores.”

En los fundamentos jurídicos de dicha sentencia se señala que “..... Considerando el bien jurídico como la libertad sexual, el derecho a la jurídica indemnidad sexual o el derecho de las menores a estar libres de cualquier daño de orden sexual, es claro que conductas de este tipo, mediante exhibición de prácticas sexuales ante menores menoscaba su libertad sexual o como ha manifestado la doctrina, “este último concepto de libertad sexual exige prohibir todo tipo de conductas sexuales respecto a personas que desde un principio se sabe que van a quedar insertas en un situación carente de libertad lo que será en el caso de las menores y de enajenadas en determinadas circunstancias (Diez Ripollés). El núcleo de la formación típica lo constituye el concepto de “actos de exhibición obscena”, por tales actos cabe entender conductas de inequívoca significación sexual. El art. 185 C.P. actual incorpora un elemento subjetivo del injusto consistente en la tendencia de los autores a involucrar a las víctimas en un contexto sexual con el que satisfacer o excitar el deseo sexual propio o ajeno”.

Se acordó la privación de la patria potestad de Antonia respecto de sus hijas menores.

El artículo 186 del Código Penal dice, a su vez:

“El que, por cualquier medio directo, vendiere, difundiere o exhibiere material pornográfico entre menores de edad o incapaces, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año, o multa de seis a doce meses.”

El fundamento de la protección penal es que la exhibición de tal material pueden alterar el desarrollo sexual de las personas inmaduras o incapaces, las cuales no tienen suficiente capacidad para aceptar libremente el material pornográfico que otro les presenta.

Algunos supuestos reales que han aplicado este precepto son los siguientes:

- sentencia de la Audiencia Provincial de Huesca de fecha 31-05-1999, núm. 123/1999, en la que se condena a un profesor de educación secundaria por proyectar en clase y ante menores de edad una

película en la que se observaban escenas de sexo entre un hombre y una mujer adultos grabadas desde un pequeño agujero abierto en la pared o en un mueble de la habitación.

- sentencia de la Audiencia Provincial de Toledo de fecha 12-05-1999, núm. 27/1999, que también condena a un profesor por proyectar a unos menores películas pornográficas, con la finalidad de prepararlos para conseguir sus propósitos de satisfacción sexual, así como con el mismo propósito, mostrarles revistas pornográficas.
- sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, sec. 23ª de fecha 07-04-1999, núm. 170/1999, que condena a una mujer como autora de un delito de provocación sexual, por vender a menores una revista que contiene material pornográfico, señalándose que la pornografía hace referencia a representaciones que poseen una tendencia objetivada y encaminada a excitar sexualmente sin aporte de otros valores.

5. Delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores

Los tipos que vamos a analizar a continuación se singularizan por la circunstancia de que su relevancia típica deriva del hecho de que un menor o incapaz resulte involucrado en una conducta de naturaleza sexual. Los menores de dieciocho años y los incapaces son, por tanto, los titulares de un bien jurídico que se configura como bien de titularidad individual.

Dejando a un lado los delitos relativos a la prostitución de mayores de 18 años, que no son objeto de esta ponencia, los delitos relativos a prostitución o corrupción de menores, pueden dividirse en los siguientes:

- a) prostitución de menores de edad o incapaces.
- b) utilización de menores o incapaces con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos y difusión de material pornográfico, y difusión de material pornográfico en cuya elaboración han sido utilizados menores o incapaces.
- c) coacción a la prostitución sobre menores o incapaces.
- d) incumplimiento de deberes asistenciales
- e) corrupción de menores

a) Prostitución de menores de edad o incapaces.

El artículo 187 del Código Penal señala que:

1. *El que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaz, será castigado con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses.*

Se establecen dos circunstancias agravantes:

- a) para los que realicen los hechos prevaliéndose de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público.
- b) cuando el culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedicare a la realización de tales actividades.

Como ha señalado el Tribunal Supremo en sentencia 1.999/8570 de fecha 07-04-1999, núm. 1207/1998, la regulación de los delitos relativos a la prostitución en el Nuevo Código Penal se ha realizado desde la perspectiva de que el bien jurídico que debe ser tutelado no es la moralidad pública ni la honestidad como tal, sino la libertad sexual, entendida en sentido amplio. Lo que se castiga en el Título VII del Código Penal 1995 son aquellas conductas en las que la involucración de la víctima en la acción sexual del sujeto activo no es libre, incluyendo los casos en los que la víctima aún no es capaz de decidir libremente o está patológicamente incapacitada para ello.

En cuanto a los menores (e incapaces), además de la sanción agravada de estas conductas coactivas (art. 188.3º) también se castigan aquellos comportamientos que inducen, promueven, facilitan o favorecen su prostitución (art. 187.1º), aún sin coacción alguna, pues se actúa sobre personas que carecen de la plena capacidad de autodeterminación que caracteriza a los adultos. Estima el legislador que la tutela del derecho de los menores a un adecuado proceso de formación sexual, impone procurar activamente su exclusión del mercado de la prostitución, dada la influencia que el precio puede ejercer sobre una voluntad inmadura, viciando su consentimiento.

Debe tenerse presente que siguiendo un criterio arraigado en la jurisprudencia, no todo acto libidinoso ejecutado con una menor abonando a cambio una suma de dinero debe considerarse como delito de prostitución (SSTS 12-1-1998 y 7-V-1998). Para que ello sea así ha de acreditarse que los actos sexuales realizados sobre la menor han irrogado de forma clara un cambio cualitativo en su conducta, de forma que la hayan introducido en la senda de la prostitución, para lo cual se precisa una cierta reiteración en la conducta delictiva del imputado así como una notable gravedad en los hechos sexuales que se le ha inducido a realizar.

Por coherencia con lo dispuesto el art. 188 y en atención a las necesidades de tutela del bien jurídico protegido -que como se ha expresado, no es la honestidad, sino la libertad sexual- ha de entenderse que las referidas conductas son punibles, tanto si tienen por objeto iniciar a un menor en el ejercicio de la prostitución como si tienden a mantenerlo en ella. En efecto la prostitución no puede ser considerada como una especie de "estado irreversible", por lo que el menor ya iniciado no pierde por ello la tutela del ordenamiento jurídico frente a los comportamientos de los mayores que abusen de su limitada capacidad de conocimiento y voluntad, contribuyendo a mantenerlo en dicha dedicación o ejercicio.

Como ha señalado reiteradamente la jurisprudencia, debe examinarse en cada caso (atendiendo a la reiteración y circunstancias de los actos y a la edad más o menos temprana del menor), si las actuaciones de los "clientes" inducen o favorecen el mantenimiento del menor en la situación de prostitución. En este sentido en los casos de prostitución infantil (joven de 15 o menos años de edad), ha de considerarse ordinariamente la relación sexual mediante precio como acción de inducción o favorecimiento subsumible en el art. 187.1º, máxime cuando se trata de relaciones reiteradas, con independencia de que el menor ya hubiese practicado la prostitución con anterioridad, pues a esa edad tan temprana el ofrecimiento de dinero por un adulto puede considerarse suficientemente influyente sobre la voluntad del menor, para determinarla a realizar el acto de prostitución solicitado, estimulando y arraigando su dedicación a dicha actividad.

b) utilización de menores o incapaces con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos y difusión de material pornográfico, y difusión de material pornográfico en cuya elaboración han sido utilizados menores o incapaces.

El artículo 189 del Código Penal castiga con la pena de prisión de uno a tres años los siguientes casos:

- a) *El que utilizare a menores de edad o a incapaces con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, tanto públicos como privados, o para elaborar cualquier clase de material pornográfico, o financiare cualquiera de estas actividades.*
- b) El que produjere, vendiere, distribuyere, exhibiere o facilitare la producción, venta, difusión o exhibición por cualquier medio de material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de edad o incapaces, aunque el material tuviere su origen en el extranjero o fuere desconocido.

A quien poseyera dicho material para la realización de cualquiera de estas conductas se le impondrá la pena en su mitad inferior.

2. *Se impondrá la pena superior en grado cuando el culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedicare a la realización de tales actividades.*

c) coacción a la prostitución sobre menores o incapaces.

El artículo 188.4 del Código Penal sanciona la conducta de determinación a la prostitución empleando violencia, intimidación o engaño o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, cuando tales conductas se realicen sobre persona menor de edad o incapaz, para iniciarla o mantenerla en una situación de prostitución.

d) Incumplimiento de deberes asistenciales

El artículo 189.4 del Código Penal castiga la omisión de cualquier acción encaminada a impedir la continuación del menor en la situación de prostitución en que se encuentra. Se trata de un delito de comisión por omisión que únicamente puede ser cometido por aquellas personas que ostentan un deber de garante respecto de los menores. Concretamente, dicho precepto señala:

“El que tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento, a un menor de edad o incapaz, y que, con conocimiento de su estado de prostitución o corrupción, no haga lo posible para impedir su continuación en tal estado, o no acuda a la autoridad competente para el mismo fin si carece de medios para la custodia del menor o incapaz, será castigado con la pena de multa de seis a doce meses.”

El Ministerio Fiscal promoverá las acciones pertinentes con objeto de privar de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar, en su caso, a la persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el apartado anterior.

e) Corrupción de menores

La reforma de 1.999 ha introducido en el Código Penal una cláusula general en el artículo 189.3 que castiga a:

El que haga participar a un menor o incapaz en un comportamiento de naturaleza sexual que perjudique la evolución o desarrollo de la personalidad de éste, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a doce meses.

• REQUISITOS DE PERSEGUIBILIDAD Y OBLIGACION DE DENUNCIA

Tradicionalmente, los delitos contra la libertad sexual se han considerado delitos privados siendo condición objetiva de perseguibilidad la previa denuncia del agraviado para que pudieran ser perseguidos penalmente. Así sigue siendo respecto de los mayores de edad. Sin embargo, cuando se trata de menores podrán denunciar los hechos su representante legal o el Ministerio Fiscal.

Así lo establece el artículo 191 del Código Penal al señalar que para proceder por los delitos de agresiones, acoso o abusos sexuales, será precisa denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia. *Cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal.*

En estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esa clase.

El legislador exige la denuncia del agraviado para poder proceder penalmente, pero una vez presentada, el proceso penal continua su curso y la pena, que en su caso, se imponga, debe cumplirse.

Todos los profesionales que por su trabajo puedan detectar esa situación de riesgo o de abuso sexual en un menor deben comprometerse no sólo a denunciar ya que la denuncia es una obligación legal (el art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal impone al facultativo que tenga noticia de un delito público la obligación de denunciarlo).

Concretamente el art. 13 de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor establece que toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise. Debe tenerse siempre en cuenta, que la autoridades o personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva, evitando que cualquier actuación con un menor pueda interferir innecesariamente en su vida.

La misma obligación viene contemplada por la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, Ley 6/1995 de 28 de marzo que en su art. 44 señala que los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario de los mismos, están especialmente obligados a poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño.

Esta obligación es extremadamente importante puesto que el personal médico, ya sea en tratamiento ambulatorio o consultas externas o bien en casos de hospitalización de un menor, es el punto de partida para la detección de una posible situación de abuso sexual en particular, o en su caso, de cualquier tipo de maltrato y de la eficacia de esa primera intervención se pueden derivar múltiples consecuencias beneficiosas para el niño ya que una detección precoz de factores de riesgo o de una situación de maltrato ya consumada, van a permitir poner en marcha todos los mecanismos tanto administrativos como judiciales de protección del menor y por lo que respecta al Juez de Instrucción de depurar las responsabilidades penales que de tales actos se deriven.

La confirmación por parte del profesional de la medicina de un diagnóstico de abuso implica la adopción inmediata de dos medidas, además, lógicamente, de las asistenciales o terapéuticas:

1. comunicarlo lo más urgentemente posible al Ministerio Fiscal u al Juzgado de Guardia (que en el caso de un menor, dará traslado de forma inmediata de los hechos al Ministerio Fiscal y podrá mientras se presenta la denuncia, adoptar diligencias a prevención).
2. dar cuenta de tales hechos a la Comisión de Tutela del Menor y a la Fiscalía de Menores, en el caso de que se aprecie una situación de riesgo y/o desamparo del niño.

No obstante, cuando las circunstancias lo requieren convendrá poner los hechos en conocimiento del Juzgado de Guardia simplemente a través de una llamada telefónica puesto que ello puede provocar una reacción más rápida y eficaz del mismo, ya sea que la Comisión Judicial acompañada del Médico Forense se persone en el Centro Hospitalario lo que evitaría que el niño deba ir contando su versión en distintos lugares y momentos, o ya sea la detención de los presuntos responsables del hecho.

Cuando el diagnóstico de abuso es seguro, porque existen datos objetivos que demuestran la existencia de un contacto sexual, nadie duda de que lo anteriormente explicado son los pasos a seguir. Sin embargo, cuando el diagnóstico de abuso es simplemente probable, y no existen signos objetivos que lo demuestren, bien porque los signos encontrados difícilmente se expliquen por otra causa diferente al abuso o porque tales signos o síntomas se pueden explicar por otras causas diferentes aunque también por el abuso o mayormente, cuando no hay ningún signo o síntoma, a pesar de lo cual, la madre normalmente que acompaña al menor, insiste en que tal abuso ha existido, son muchos los profesionales que dudan si deben o no remitir parte de lesiones al Juzgado de Guardia. Personalmente, entiendo que si no se objetiva signo alguno que al menos haga tener una fundada sospecha de abuso sexual, no se debe remitir dicho parte. Ello sin perjuicio de que por el representante legal del menor se presente la oportuna denuncia ante el Juzgado de Guardia o la Comisaría de Policía o Guardia Civil, y a raíz de la misma, se inicien las oportunas diligencias penales para averiguar la veracidad de los hechos denunciados. No obstante lo anterior, nada impide que los hechos se pongan en conocimiento de la Fiscalía de Menores, por si el niño/a pudiera encontrarse en una situación de riesgo, bien porque efectivamente exista dicho abuso (no debe olvidarse que sólo un 15% aproximadamente de los niños abusados presentan signos objetivos demostrativos del abuso, ya que muchos tipos de abuso no comportan lesiones físicas), en cuyo caso, el Ministerio Fiscal

puede acordar una mejor valoración de la situación familiar a fin de valorar si existen indicios para presentar una denuncia o bien, porque pudiera existir una problemática de fondo, a la cual ya nos hemos referido, frecuente en litigios sobre custodia o régimen de visitas, que puede suponer una situación de riesgo para el menor y es preciso poner en marcha todos los mecanismos administrativos de protección del mismo.

- **¿QUE PUEDE HACER EL JUEZ DE INSTRUCCIÓN ANTE LA NOTICIA DE UN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL A UN NIÑO?**

El art. 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, modificado por Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio (BOE de 10 de junio de 1.999), considera como primeras diligencias a practicar la de consignar las pruebas del delito que puedan desaparecer, la de recoger y poner en custodia cuanto conduzca a su comprobación y a la identificación del delincuente, la detener, en su caso, a los presuntos responsables del delito y la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, pudiendo adoptarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el art. 544 bis de la citada Ley.

Puede ordenar la detención de los presuntos responsables del hecho delictivo y si concurren los requisitos previstos en los arts. 503 y 504 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para decretar su prisión, deberá NECESARIAMENTE convocar a una comparecencia que prevé el art. 504 bis de la Ley citada al Ministerio Fiscal (que ejerce la acusación pública), a las acusaciones personadas y al imputado que deberá estar asistido de Letrado por él elegido o designado de oficio para resolver sobre la procedencia o no de la prisión. Si en tal audiencia alguna parte lo interesase, oídas las alegaciones de todas las que concurrieren, el Juez resolverá sobre la procedencia o no de la prisión o libertad provisionales. *Si ninguna de las partes lo instase, el Juez necesariamente acordará la cesación de la detención e inmediata puesta en libertad del imputado.*

Puede adoptar alguna de las medidas cautelares a que se refiere el art. 544 bis de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, esto es, el Juez o Tribunal podrá, de forma motivada y cuando resulte estrictamente necesario al fin de protección de la víctima, imponer cautelarmente al inculpado la prohibición de residir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local, o Comunidad Autónoma.

En las mismas condiciones podrá imponerle cautelarmente la prohibición de acudir a determinados lugares, barrios, municipios, provincias u otras entidades locales, o Comunidades Autónomas, o de aproximarse o comunicarse, con la graduación que sea precisa, a determinadas personas.

El incumplimiento por parte del inculpado de la medida acordada por el Juez o Tribunal podrá dar lugar, teniendo en cuenta la incidencia del incumplimiento, sus motivos, gravedad y circunstancias, a la adopción de nuevas medidas cautelares que impliquen una mayor limitación de su libertad personal, sin perjuicio de las responsabilidades que del incumplimiento pudieran resultar. Esta posibilidad de adoptar estas medidas ha sido añadida a la Ley de Enjuiciamiento Criminal por el art. 3º 8 de la Ley Orgánica 14/1999 de 9 junio.

Debe tenerse presente que este tipo de delitos se comete en muchas ocasiones, desgraciadamente en el ámbito familiar. En el caso de que los autores o cómplices de este tipo de delitos sean los ascendientes, tutores, curadores, guardadores, maestros o cualquier otra persona encargada de hecho o de derecho del menor o incapaz, la pena que les corresponda se aplicará en su mitad superior.

Además de ello, el Juez o Tribunal podrá imponer razonadamente, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de los derechos de la patria potestad, tutela, curatela, guarda, empleo o cargo público o ejercicio de la profesión u oficio, por el tiempo de seis meses a seis años.

Existe otro precepto, esta vez del Código Civil, el art. 158, que prevé que en beneficio del menor, El Juez, de oficio o a instancia del propio hijo, de cualquier pariente o del Ministerio Fiscal, dictará las disposiciones que considere oportunas, a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios.

Todas estas medidas podrán adoptarse dentro de cualquier proceso civil o penal o bien en un procedimiento de jurisdicción voluntaria.

De conformidad con lo dispuesto en el art. 172.2 del Código Civil también podrá conceder la guarda del menor que se encuentre en situación de riesgo o desamparo a la entidad pública (artículo redactado conforme LO 1/1996 de 15 enero, de Protección Jurídica del Menor)

- **AYUDAS A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL**

En España contamos con la Ley 35/1995 de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de los delitos violentos y contra la libertad sexual. Por Real Decreto 738/1997 de 23 de mayo, se ha aprobado el correspondiente Reglamento. La Ley 35/1995 de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, responde - según su Exposición de Motivos - a una concienciación del Estado de que el problema social y comunitario que el delito supone, exige no sólo un esfuerzo para prevenirlo y recuperar al infractor, sino, además, para reparar en lo posible el daño padecido por la víctima. En tal sentido sintoniza con el Convenio número 116 del Consejo de Europa, de 24 de noviembre de 1983, referente jurídico de primer orden en el tratamiento de esta materia. Los delitos susceptibles de generar ayudas públicas serán aquellos cuyo resultado sea la muerte, lesiones corporales graves o daños graves en la salud física o mental.

Índice

- Papel del policía en el maltrato infantil
- Papel del agente de policía en situaciones de emergencia
- Papel del agente de policía en la prevención
- Papel del agente de policía en casos de abuso sexual infantil

Los agentes de policía juegan un papel fundamental en el proceso de detección de casos de maltrato infantil. Los agentes de policía son:

- los profesionales o servicios de protección a la infancia más conocidos por la población general,
- fácilmente identificables,
- normalmente son al que acuden los profesionales y ciudadanos en primer lugar y
- la cobertura permanente de su servicio a disposición de los ciudadanos, pudiendo responder de manera rápida, casi inmediata, a cualquier solicitud y en todo momento.

El objetivo y la función primordial que cumple la policía es el encargarse de asegurar el bienestar de los ciudadanos defendiendo su integridad proporcionando seguridad y protección, siendo los niños el sector de población más vulnerable y desprotegido.

Papel del policía en el maltrato infantil

La intervención de las Fuerzas de Orden Público - Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil - se puede producir para:

- recoger testimonios y pruebas dirigidas a verificar o refutar la existencia de un delito o falta hacia un menor o falta por parte de un menor
- adoptar las medidas de protección / control / sanción y la derivación del caso al Sistema Judicial o de Protección Infantil si es pertinente
- detectar niños que viven en circunstancias familiares y sociales de riesgo
- detener a menores sin domicilio estable
- recoger notificaciones o denuncias de ciudadanos, profesionales, instituciones, padres, menores, etc., relativas a niños en situación de riesgo o desprotección
- proteger y apoyar a los técnicos de los servicios de protección a la infancia en la ejecución del procedimiento y de medidas administrativas cuando hay o se prevé oposición de los padres o, en su caso, trasladar al menor tutelado al centro de destino.

El Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME) es un equipo especializado en la problemática de la infancia y la adolescencia que interviene en las siguientes áreas:

- *Protección*: intervención con menores víctimas de delitos o faltas o abandono o cualquier otra situación en la que sea necesaria una actuación de protección al menor de dieciocho años:
 - * desamparo y/o abandono
 - * malos tratos agresiones, abusos sexuales o contra la libertad sexual
 - * utilización de menores para la mendicidad
 - * control e investigación de fugas tanto del domicilio como de centros de acogimientos residencial
 - * colaboración con la Comisión de Tutela del Menor en mandamientos de entrada para hacer efectivas las tutelas asumidas por dicho organismo
- *Reforma*: intervención con menores autores de delitos o faltas tipificadas en el Código Penal hasta los dieciséis años
- *Coordinación* con Juzgados de Menores - Fiscalía de Menores - Juzgados de Instrucción y Juzgados de Primera Instancia y Familia.

Las funciones de:

- verificar si un menor ha sido víctima o no de una situación de maltrato, y
- adoptar las medidas protectoras urgentes en caso necesario,

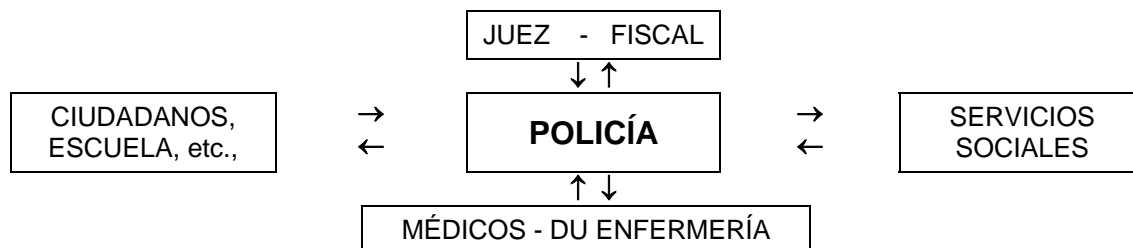
coinciden con las que corresponden a los Servicios de Protección de Menores en cuanto a objetivos de la actuación y el momento en que se llevan a cabo.

Por ello, la coordinación de las actuaciones de ambos servicios es absolutamente necesaria, así como la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades particulares de cada caso.

La actuación en casos de maltrato infantil de las Fuerzas de Orden Público en general y del GRUME se caracteriza por:

- Intervención puntual, no seguimiento de los casos cuya competencia asumen los servicios sociales.
- Atención prioritaria y permanente al menor en servicio de veinticuatro horas
- Traslado a centros sanitarios si existen lesiones
- Retirada del menor del contexto familiar e ingreso en Centro de Acogida de Protección o entrega a familiar distinto del autor de los malos tratos
- Investigación del caso de malos tratos: autor, obtención de pruebas, toma de declaración,...
- Coordinación con otros dispositivos de atención educativa, sanitaria, servicios sociales, judiciales, asociaciones y ONGs., etc.

Cuadro 1. Relaciones de la policía en casos de maltrato infantil



Debe existir una colaboración estrecha con los **servicios sociales** por:

- la finalidad de informar de un caso no es castigar al perpetrador sino proteger la niño y facilitar la actuación sobre las causas (factores de riesgo)
- es importante evitar la duplicidad entre la investigación judicial y la de los servicios sociales
- intervenciones con menores que también tiene carácter preventivo: identificando y comunicando a los servicios sociales situaciones de riesgo
- el trabajo cotidiano de muchos policías implica el contacto y la intervención directa con casos cuya problemática puede favorecer que se produzcan o puede hacer sospechar que es posible que ya se este produciendo en situaciones de marginación social como: violencia familiar, delincuencia, toxicomanías, pobreza extrema, etc.

Así mismo debe existir una colaboración con los **servicios sanitarios**:

- recogida del parte de lesiones para su remisión al Juez de Guardia, lo que implica dar a conocer la existencia de un niño con posibles lesiones producidas por maltrato infantil
- solicitud de reconocimiento médico a efecto de determinar posibles lesiones debidas a malos tratos
- dentro del proceso de investigación, dentro de los límites del secreto profesional, solicitud de información relativa a circunstancias de riesgo o de existencia de maltrato infantil.

La colaboración con el **dispositivo escolar**:

- patrullaje en zonas escolares para detectar niños que no son recogidos por sus familias, menores que en horario escolar no están en el colegio,...
- puntos de consumo de drogas, consumo y venta de alcohol a menores de 16 años, ...

La actuación con el **sistema judicial**:

- obtener la información solicitada por el Juez o el Fiscal

Papel del agente de policía en situaciones de emergencia

La integridad física y mental de un niños e, incluso su vida, se encuentran en grave peligro

- contactar inmediatamente con la Comisión de Tutela del Menor como servicio de protección infantil
- si existe un peligro inminente y real para la vida del niño y las condiciones no permiten ese contacto inmediato el agente de policía esta capacitado para sacar al niño de su hogar familiar aun en contra de los deseos de sus padres, debiendo acudir posteriormente al Juzgado de Guardia o al Fiscal.

La retirada de los menores, sin ser claramente una actividad policial, se puede considerar como cualquier otro servicio dentro las funciones sociales que esta Corporación realiza. Intervención que por la propia dinámica del servicio y por el resultado traumático del hecho de separar a los hijos de sus padres puede llegar a ser extremadamente peligrosa.

Papel del agente de policía en la prevención

Las Fuerzas de Orden Público no solo intervienen cuando los hechos ya se han producido sino que tienen un importante papel en la prevención del maltrato infantil a través de:

- identificar situaciones de riesgo y comunicarlo a los servicios sociales, prestando una atención especial y continuada a dichos casos
- potenciar y participar de manera activa en actividades comunitarias dirigidas a la prevención

Papel del agente de policía en casos de abuso sexual infantil

Los objetivos de la actuación policial en los casos de hechos contra la libertad sexual (agresiones, violación, abuso, acoso, prostitución) son respecto a la problemática del menor como víctima son:

- Garantizar la inmediata atención médica en la forma adecuada.
- Asegurar la conservación de los elementos probatorios que pudieran ser justificativos del hecho delictivo.
- Evitar que se someta a la víctima a actuaciones médicas, policiales o judiciales, que incrementen la gravedad del caso, lo que se llama la segunda victimización.
- Conectar con los organismos e instituciones para garantizar la atención a la víctima.

Índice

1. Introducción
2. El menor víctima de abusos sexuales y los medios de comunicación social
3. El menor víctima de abuso sexual ante el procedimiento judicial
4. La difusión de la pornografía infantil a través de medios informáticos
5. La adecuación de la penalidad aplicable a los abusos sexuales a la gravedad de la conducta
6. La prostitución infantil
7. La coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales
8. A modo de colofón

I. Introducción

El abuso sexual constituye una de las formas del maltrato infantil y ha sido definido como *"la implicación de niños en actividades sexuales para satisfacer las necesidades de un adulto"*². No obstante, considerando que en la noción de abuso sexual deben incluirse también las agresiones sexuales cometidas por menores contra menores, la delimitación del concepto se ha realizado a través de dos elementos. De una parte, la existencia de coerción, ya a través de fuerza física, bien mediante presión, ora con engaño; y, de otra, la asimetría de edad, que anula la libertad de decisión. De este modo, si existe coerción o asimetría, o ambas cosas simultáneamente, habría de considerarse que se da abuso sexual³.

La apreciación de las exactas dimensiones del problema presenta indudables dificultades, por los mecanismos de ocultación del mismo, que no solo procederían de la propia víctima, sino que se extenderían a los profesionales que, desde distintas vertientes, pudieran haber llegado al conocimiento de los casos de abuso sexual, ya que, al parecer, no se comunicarían ni mucho menos todos ellos⁴. Se ha señalado, no obstante, que en los países occidentales, entre un 10 % y un 15 % de los niños y entre un 20 % y un 25 % de las niñas habrían sufrido abusos sexuales⁵. En este orden de cosas, conforme a los datos obtenidos en una investigación de carácter retrospectivo, llevada a cabo en el año 1991, la frecuencia de los abusos sexuales en España sería del 18,9 % (15,2 % en el caso de los varones y 22,5 % en el de las mujeres), siendo estas cifras similares a las obtenidas en otras investigaciones realizadas en países anglosajones⁶. La noción de abuso sexual debe completarse con la de prostitución infantil, que ha sido definida como la explotación sexual de un menor a cambio de una remuneración en efectivo o en especie, generalmente, aunque no siempre, organizada por un intermediario, así como con la de utilización de menores en la pornografía, habiéndose considerado como tal la representación visual o auditiva de un niño para el placer sexual del usuario, entrañando la producción, distribución o el uso de ese material⁷.

Una vez realizadas estas consideraciones de alcance general, se da cuenta seguidamente, sin ánimo exhaustivo, de algunas actuaciones llevadas a cabo por la institución del Defensor del Pueblo y que están en relación con la explotación y el abuso sexual infantil.

2. El menor víctima de abusos sexuales y los medios de comunicación social

Una vertiente de especial trascendencia en el asunto que se analiza es la que atañe al tratamiento, por parte de los medios de comunicación social, de los casos de abuso sexual de menores. Por lo general, estos medios dan una visión sesgada de la infancia, en la que prevalecen los aspectos negativos,

¹ Texto revisado y actualizado de la ponencia presentada en el XII Curso de pediatría, sobre abuso sexual infantil, que se celebró en Madrid (Hospital del Niño Jesús), del 26 al 28 de noviembre de 1998.

² J. A. DÍAZ HUERTAS. Concepto. Tipología. Clasificación. En: Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos, 1997: 12; J. A. DÍAZ HUERTAS y M. GARCÍA BARQUERO. Maltrato y abandono infantil: Concepto, tipología, clasificación y frecuencia. En: Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid: Comunidad de Madrid, 1995: 23.

³ F. LÓPEZ SÁNCHEZ. Abuso sexual: un problema desconocido. En: Niños maltratados..., cit: 161; F. LÓPEZ SÁNCHEZ, A. HERNÁNDEZ y A. CARPINTERO. Abusos sexuales de menores. En: Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario..., cit: 58; F. LÓPEZ SÁNCHEZ, A. FUERTES, J. ZAPIAIN, E. CARPINTERO, A. HERNÁNDEZ y M. J. MARTÍN. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994: 15.

⁴ F. LÓPEZ SÁNCHEZ, A. HERNÁNDEZ y A. CARPINTERO. ob. cit: 59.

⁵ F. LÓPEZ SÁNCHEZ. La prevención de los abusos sexuales. Bienestar y Protección Infantil 1997; 1:7.

⁶ F. LÓPEZ SÁNCHEZ, A. FUERTES, J. ZAPIAIN, E. CARPINTERO, A. HERNÁNDEZ y M. J. MARTÍN. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores..., cit: 86-87.

⁷ J. J. SÁNCHEZ MARÍN. Infancias vulnerables: Infancia vulnerada. Bienestar y Protección Infantil 1996; 4: 9.

apareciendo los menores como víctimas o como culpables de comportamientos anómalos o antisociales, además de ponerse en riesgo su derecho a la intimidad⁸.

Esta imagen negativa quedó patentizada en un estudio realizado en torno a las noticias sobre la infancia aparecidas en uno de los diarios españoles de mayor tirada durante el periodo 1984-1988, del que se concluía que el 77 % de estas noticias se referían a la victimización de los menores, mientras que el 19 % trataban del protagonismo positivo de algún niño y el 4 por 100 restante le contemplaban como consumidor pasivo. De otro lado, únicamente un 8 % de las noticias trataba de asuntos globales de interés para la infancia, sin tener relación con sucesos específicos, aunque eran, por lo general, consecuencia del acaecimiento de hechos puntuales de trascendencia social. A su vez, dentro del tipo mayoritario de información antes señalado, las noticias publicadas afectaban en mayor medida al secuestro o al asesinato de menores, a la violencia sexual, a los accidentes, a los malos tratos y a problemas de índole sanitaria⁹.

A este respecto, es necesario resaltar que los menores que han sido víctimas de delitos de abuso sexual o, en general, de cualquier delito, deben estar protegidos, en cuanto a su intimidad, cuando son objeto de información en los medios de comunicación social. Esta protección, incluso, ha de extenderse respecto de los propios familiares de la víctima, que pueden llegar a agravar su situación, al comerciar con su imagen, cuando, por la repercusión que haya alcanzado el suceso, pueden obtener un pingüe beneficio económico¹⁰.

En relación con ello, puede significarse que, tras una recomendación realizada por la Institución del Defensor del Pueblo en el año 1993, la Fiscalía General del Estado dictó una instrucción, en la que se recogían en su integridad las consideraciones contenidas en la misma.

En tal sentido, es menester recordar que en estos casos resulta preciso cohonestar dos derechos fundamentales: De una parte, la libertad de expresión y el derecho a la información; y de otra, el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen. Así las cosas, tampoco puede olvidarse que, por propio imperativo constitucional, la protección de la juventud y de la infancia constituye un límite específico de la libertad de expresión y del derecho a la información. En consonancia con ello, la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, extrema las garantías en el caso de los menores de edad¹¹. Por su parte, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, reconoce el derecho de los menores al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, previendo una serie de medidas para la protección del mismo¹².

La exigencia de proteger adecuadamente este derecho dimana asimismo del artículo 16 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que reconoce el derecho a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en la vida privada, ni de ataques ilegales a la honra o a la reputación, a cuyo efecto el menor tiene derecho a la protección legal contra tales injerencias o ataques.

3. El menor víctima de abuso sexual ante el procedimiento judicial

Se ha analizado la necesidad de dar a los menores víctimas de abusos sexuales un tratamiento adecuado a lo largo de los procedimientos judiciales que se siguen contra los presuntos autores de estos abusos.

En concreto, el asunto que dio lugar a la iniciación de actuaciones consistía en un delito de abuso sexual del que fueron víctimas dos niñas de seis y diez años de edad, por el que fueron condenados dos personas a cuarenta y a catorce años de prisión, respectivamente, siendo uno de los condenados el padre de las menores. Recurrida la sentencia en casación, el Tribunal Supremo estimó el recurso y declaró la nulidad de la sentencia, con fundamento, entre otros extremos, en que la declaración de las menores debería haberse celebrado en condiciones de verdadera contradicción, lo que no había sucedido, al evitarse la confrontación con el padre.

Se plantea, en consecuencia, el problema de la adecuación del tratamiento jurídico de estas situaciones, de modo que se evite que el menor y su presunto agresor coincidan en la fase de instrucción o en la de juicio oral, sin perjuicio de que pueda recibirse el testimonio de la víctima a través de los modernos sistemas de comunicación, lo que permitiría contar con la versión de la víctima sin que tenga necesidad de ver a su presunto agresor. A este respecto, la doctrina ha propuesto medidas tales como: evitar la confrontación directa entre víctima y agresor; restringir las intervenciones del menor durante el proceso, empleándose alternativamente instrumentos tales como el vídeo o el circuito cerrado de televisión; usar técnicas de ayuda a la comunicación como son muñecas anatómicas referenciales; adecuar el entorno ambiental para el

⁸ Cf. C. SÁNCHEZ MORO. Infancia y medios de comunicación. Bienestar y Protección Infantil 1996; 4: 94-95.

⁹ Cf. J. RODRÍGUEZ. La infancia y la prensa (Niños, ese oscuro objeto del deseo...comercial). I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Bienestar y derechos sociales de la infancia. Madrid, 20-23 de noviembre de 1989, vol. 3. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1991: 42-48.

¹⁰ M. HERRERA MORENO. El niño ante la agresión doméstica: malos tratos y abuso sexual. Cuadernos de Política Criminal 1994; 54: 1136.

¹¹ Defensor del Pueblo. Informe anual 1993 y debates en las Cortes Generales, tomo I. Congreso de los Diputados, 1994: 118-119.

¹² Sobre la falta de armonía entre los preceptos de ambas leyes y una interpretación integradora, ver O. E. GONZÁLEZ SOLER. Algunas consideraciones sobre la Ley 1/1996, de protección jurídica del menor. Bienestar y Protección Infantil 1996; 3: 9-10.

interrogatorio, así como el mobiliario, a fin de restar dramatismo a la situación; e instruir a los funcionarios de policía y de la Administración de Justicia para no traumatizar al menor en el curso de los interrogatorios¹³.

De otra parte, en las declaraciones prestadas por los menores, éstos deberían contar con apoyo y las mismas habrían de hacerse en presencia no solo de las partes y del tribunal, sino también en la de profesionales especializados, con objeto de evitar que el interrogatorio pueda ser perjudicial para el desarrollo del menor.

En tal sentido, debe recordarse que la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, preceptúa que las comparecencias de los menores en los procedimientos judiciales deben realizarse de forma adecuada a su situación y desarrollo evolutivo y cuidando de preservar su intimidad. Se establece además que el principio rector de la actuación sobre los menores por parte de los poderes públicos consistirá en la prevención de situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.

De otra parte, la Recomendación (91) 11, de 9 de septiembre de 1991, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, sobre la explotación sexual, la pornografía y la prostitución, así como sobre el tráfico de niños y de jóvenes, se refiere a la implantación de condiciones especiales para la audición del testimonio de menores víctimas o testigos de explotación sexual, con el fin de disminuir los efectos traumatizantes y aumentar la credibilidad de sus declaraciones, respetando su dignidad.

En el mismo sentido, la Resolución del Parlamento Europeo de 12 de diciembre de 1996, sobre medidas de protección de menores en la Unión Europea, hace alusión a la necesidad de evitar que los niños víctimas o testigos de hechos violentos tengan que revivir de forma traumática los actos delictivos, propugnando para ello la utilización de vídeos y otras tecnologías en el curso del procedimiento penal. Se añade que el interrogatorio debería llevarse a cabo con asistencia psicológica.

Todo ello aconsejó que el Defensor del Pueblo propugnara la modificación de la legislación vigente para introducir previsiones que evitaran la coincidencia de la víctima y de su agresor en la fase de instrucción o en la fase oral, sin perjuicio de que pudiera recibirse el testimonio de la víctima a través de los modernos sistemas de comunicación. También se planteaba la necesidad de que, al declarar, los menores contaran con ayuda y con la presencia de personal especializado.

Con estas medidas se pretendía contribuir a que el proceso penal no agrave la situación de la víctima, acumulando una nueva consecuencia negativa a la experiencia traumática del abuso¹⁴.

Por fin, en el año 1999 fue modificada la Ley de Enjuiciamiento Criminal, para establecer que, si bien, como regla general, en la prestación del testimonio no se evitará la confrontación visual con el inculcado, el juez, previo informe pericial, podrá acordar excepciones, de forma que el interrogatorio no comporte dicha confrontación, usando al efecto algún medio alternativo. Por su parte, los careos con testigos menores de edad se realizarán únicamente cuando el juez lo considere imprescindible y siempre que, previo informe pericial, se estime que la práctica de esta prueba no es lesiva para el menor¹⁵.

4. La difusión de la pornografía infantil a través de medios informáticos

El artículo 186 del Código Penal castiga la difusión, venta o exhibición de material pornográfico entre menores de edad. Por su parte, el artículo 189.1 del mismo Código tipificaba como delito la utilización de un menor de edad con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos. Sin embargo, el Código no contemplaba específicamente la difusión de imágenes pornográficas en las que aparecieran menores de edad, cuando su recepción estuviera destinada a adultos. Ello no era impedimento para que, a través del tipo descrito en el referido artículo 189, pudiera ser objeto de sanción penal la grabación de imágenes pornográficas en las que intervinieran menores, pero existían dificultades para sancionar, mediante la inclusión del supuesto en un determinado tipo penal, la difusión de estas imágenes cuando la grabación o la difusión se hiciera desde fuera del territorio español. De este modo, el uso de la tecnología más moderna en el campo informático ha posibilitado el intercambio y difusión de imágenes pornográficas en las que aparecen menores de edad, pero que quedaban impunes al no estar tipificadas en el Código Penal, pese al reproche ético que merecen, lo que aconsejaba la modificación de la legislación penal para que se adecuara a estas situaciones.

Con este fundamento, se recomendó en su día la inclusión expresa, dentro del ordenamiento penal, de la sanción de la difusión o exhibición de imágenes o material pornográfico infantil, con independencia del lugar en el que se haya producido o emitido¹⁶.

¹³ L. H. HERRINGTON. Family, violence: Mistaken beliefs about the crime, En: Crime and punishment in Modern America. Guigan & Pascale, 1986: 129. Citado por M. HERRERA MORENO. ob. cit: 1138.

¹⁴ Ver sobre ello, V. NOGUEROL. Implicación del sistema legal en el abuso sexual infantil: Un saco lleno de preguntas, dilemas y frustraciones. Bienestar y Protección Infantil 1995; 1: 95-104.

¹⁵ Sobre esta actuación del Defensor del Pueblo y la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, ver M. AZNAR LÓPEZ y C. CAÑADAS PÉREZ-UGENA. Consideraciones generales sobre la situación actual. El menor como víctima. En: A infancia: problemas e soluciones. Santiago de Compostela: Junta de Galicia, 2000: 337-341.

¹⁶ Ver Defensor del Pueblo. Informe anual 1996 y debates en las Cortes Generales, tomo I. Congreso de los Diputados, 1997: 208-209.

Conforme a esta propuesta, la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, en cuya exposición de motivos se menciona expresamente la recomendación del Defensor del Pueblo, modificó el artículo 189 del Código Penal, para, entre otros extremos, sancionar la producción, venta, distribución y exhibición de material pornográfico en cuya elaboración hubieran sido utilizados menores de edad, aunque el material tuviera su origen en el extranjero o fuera desconocido.

En relación con todo ello, no estará de más recordar que la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, se refiere, en su artículo 34, al compromiso de los Estados Partes de proteger a los menores contra toda forma de explotación y abuso sexuales, a cuyo fin habrán de tomar las medidas necesarias para evitar su explotación en espectáculos o materiales pornográficos.

Por su parte, en la Recomendación 874 (79), relativa a una carta europea de derechos de la infancia, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa hacía hincapié en la conveniencia de adoptar medidas legales para suprimir la pornografía infantil.

En el mismo sentido, el Parlamento Europeo, en su Resolución de 8 de julio de 1992, sobre una carta europea de derechos del niño, se refiere a la adopción de las medidas precisas para impedir la explotación de la infancia con fines de producciones pornográficas.

También el Parlamento Europeo, en su Resolución de 12 de diciembre de 1996, sobre medidas de protección de menores en la Unión Europea, vuelve a ocuparse de este asunto, condenando la pornografía infantil e instando a continuar, de forma prioritaria, la lucha contra la misma

No obstante, en el informe sobre el marco legal, presentado en 1996 al Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, se expresaba que el examen de los instrumentos legales de carácter internacional llevaba a concluir que se había puesto un mayor acento en la protección contra la prostitución que contra la pornografía, añadiéndose que, respecto de ésta, no existían definiciones concluyentes, ni una base clara para el consenso y la cooperación. En este orden de cosas, se recordaba que la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Distribución y Comercialización de Publicaciones Obscenas, de 1923, enmendada por el Protocolo de 1947, había permanecido en letargo durante las dos últimas décadas, siendo además improbable que esta Convención recibiera un apoyo adicional significativo en el futuro, dada la evolución de la legislación nacional, de las prácticas y de las actitudes hacia la pornografía para adultos en muchos países¹⁷

Asimismo, es inexcusable dejar constancia del Convenio nº 182 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre supresión de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación, entre las que se incluye la utilización, el reclutamiento y la oferta de niños para la producción de pornografía o para actuaciones pornográficas. A tal efecto, se deberán elaborar y poner en práctica programas de acción para erradicar, entre otras, esta forma extrema de trabajo infantil. Conforme a la Recomendación nº 190, que complementa el convenio, la actuación de los Estados Partes debería extenderse, además, a la colaboración en los esfuerzos internacionales encaminados a la eliminar esta forma de trabajo infantil, mediante la búsqueda y el procesamiento de quienes se encuentren involucrados en la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la producción de pornografía o para actuaciones pornográficas, actividades que habrían de considerarse como actos delictivos.

5. La adecuación de la penalidad aplicable a los abusos sexuales a la gravedad de la conducta

El artículo 181 del Código Penal tipificaba el delito de abuso sexual, previendo una serie de penas carentes, según el criterio de la institución del Defensor del Pueblo, de la imprescindible proporcionalidad con la gravedad de las conductas sancionables. Por ello, se recomendó que se adecuaran las citadas penas a la gravedad de los hechos que se sancionaban en el referido precepto, en especial en los casos en que las víctimas tienen doce o más años¹⁸.

La Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, modificó el citado precepto en el sentido recomendado.

6. La prostitución infantil

No hay estadísticas fiables acerca de los niños que sufren explotación sexual en el mundo, si bien parece existir la convicción de que se está incrementando el número de menores que están implicados en el mercado del sexo¹⁹. De otra parte, la prostitución infantil no se limita al turismo sexual y a otras manifestaciones en los países en desarrollo, sino que también se produce en una dimensión apreciable en los países industrializados²⁰. Se ha observado, por lo demás, la existencia de vínculos entre la explotación sexual y otras formas de explotación del trabajo infantil²¹.

¹⁷ Cf. Marco legal internacional, legislación nacional y medidas para el cumplimiento de la ley. Informe de ECPAT al Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños. Estocolmo, 27-31 de agosto de 1996: 1 y 14.

¹⁸ Ver Defensor del Pueblo. Informe anual 1996..., tomo I, cit: 209.

¹⁹ Cf. Prevención y recuperación psico-social de los niños víctimas de explotación sexual comercial. Informe del Grupo de ONGs para la Convención sobre los Derechos del Niño para el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños. Estocolmo, 27-31 de agosto de 1996: 5-6.

²⁰ Estado mundial de la infancia 1997. Nueva York-Ginebra: Unicef, 1997: 36.

²¹ Estado mundial de la infancia..., cit: 36.

El artículo 34 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño recoge el compromiso de los Estados Partes en orden a la adopción de las medidas necesarias para impedir la incitación o coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, así como la explotación del niño en la prostitución o en otras prácticas sexuales ilegales.

Además, puede también citarse la Resolución del Parlamento Europeo de 8 de julio de 1992, sobre una carta europea de derechos del niño, que se refiere a la adopción de las medidas necesarias para impedir que ningún niño sea secuestrado, vendido o explotado con fines de prostitución.

En relación con ello, se han llevado a cabo actuaciones respecto de las medidas de carácter preventivo sobre las redes de prostitución infantil y pederastia que pudieran estar operando en España, dándose la circunstancia de que poco tiempo después de iniciada esta actuación se produjo la desarticulación de la red que operaba en el barrio del Raval de Barcelona.

De este modo, se obtuvieron datos acerca de los grupos desarticulados en los últimos años y que estaban dedicados a la prostitución de menores, pudiendo destacarse, conforme a la información obtenida, los siguientes aspectos: su actuación en establecimientos anunciados en los medios de comunicación escrita; la conexión existente entre los establecimientos y el intercambio de los menores explotados; y la habitualidad de los clientes.

En cuanto a las medidas de orden preventivo, la Administración hacía alusión a la potenciación y extensión de los grupos de policía judicial especializados en menores (Grumes); a la formación específica de los integrantes del Cuerpo Nacional de Policía; a la creación de la figura del oficial de enlace para los delitos cuyas víctimas son los niños; y a la cooperación internacional.

Respecto de todo ello, puede añadirse que el Convenio nº 182 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación, instrumento al que antes se ha hecho mención, incluye, entre las referidas formas extremas de trabajo, la utilización, el reclutamiento y la oferta de niños con fines de prostitución, para cuya eliminación habrán de elaborarse y ponerse en práctica programas de acción, recogiendo en la recomendación complementaria previsiones idénticas a las ya citadas al tratar acerca de la producción de pornografía y de las actuaciones pornográficas.

7. La coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales

La prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las situaciones de abuso sexual y, en general, de maltrato infantil requiere el establecimiento de canales de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. La implantación de cauces de coordinación entre ambas redes de atención, si bien es necesaria para llevar a cabo una intervención coherente y armónica en multitud de aspectos, se acrecienta si cabe en el que ahora nos ocupa, dados los problemas que se presentan para la detección de los casos de abuso sexual infantil²², lo que, según las investigaciones realizadas, lleva a su infradetección, en especial cuando se da en el ámbito familiar²³. A ello se añaden las graves consecuencias que puede producir respecto del menor la falta de detección y diagnóstico²⁴, o el error de diagnóstico en relación con un tercero inocente²⁵, así como la necesidad de considerar todas las vertientes que convergen en un caso determinado.

En tal sentido, puede citarse una recomendación, dirigida a una determinada Administración Autonómica y tendente a que implantara un sistema de coordinación, con la elaboración de los consiguientes protocolos de actuación, entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Aceptada tal recomendación, se establecieron los canales necesarios para conexión entre el Instituto Nacional de la Salud, los servicios sanitarios de la Administración Autonómica en cuestión y los servicios sociales de esta misma Administración²⁶.

²² V. NOGUEROL. Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En: Niños maltratados..., cit: 182. Según datos del hospital infantil "San Juan de Dios", de Barcelona, en el 51 % de los casos en que se realizó una exploración, el abuso sexual fue considerado muy probable y únicamente en el 20 % de los casos se tuvo la seguridad de que el abuso existía (El País, de 11-12-1996).

²³ J. JIMÉNEZ MORAGO, A. OLIVA DELGADO y D. SALDAÑA SAGE. Maltrato y protección a la infancia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996: 217.

²⁴ Entre ellas, además de los efectos psicológicos, las enfermedades de transmisión sexual, cuya tasa de infección se ha establecido entre el 2 y el 10 por 100 (G. LOWY. Sexually transmitted diseases in children. En: *Pediatr Dermatol*, 1992; 9: 329. Citado por J. BALLESTEROS. Enfermedades de transmisión sexual relacionadas con el maltrato. En: Niños maltratados..., cit: 183). En términos generales, y solo respecto de los efectos iniciales, se ha señalado que entre el 60 y el 80 por 100 de los menores que sufren abusos sexuales se ven afectados en diferente grado (cf. F. LÓPEZ SÁNCHEZ, A. FUERTES, J. ZAPIAIN, E. CARPINTERO, A. HERNÁNDEZ y M. J. MARTÍN. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores..., cit: 23; F. LÓPEZ SÁNCHEZ, B. TORRES, J. FUERTES ZURITA, J. M. SÁNCHEZ REDONDO, y J. MERINO. Necesidades de la infancia y protección infantil. 2. Actuaciones frente a los malos tratos y el desamparo de menores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995: 46)

²⁵ Cf. J. CALVO ROSALES y J. R. CALVO FERNÁNDEZ. Aspectos físicos del abuso sexual. En: Niños maltratados..., cit: 169.

²⁶ Defensor del Pueblo. Informe anual 1997 y debates en las Cortes Generales, tomo I. Cortes Generales, 1998: 359-360.

El establecimiento de la indicada coordinación puede coadyuvar, según mi criterio, al cabal cumplimiento del compromiso adquirido por España al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo artículo 19 compele a los Estados Partes a adoptar medidas para proteger a los menores contra el abuso sexual, citando al efecto la implantación de programas sociales para proporcionarles la ayuda necesaria, los aspectos preventivos y la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación.

Asimismo, puede citarse la Recomendación (79) 17, de 13 de septiembre de 1979, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, donde se enfatiza la importancia de la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales para prevenir e intervenir de modo eficaz en orden a proteger a la infancia contra los malos tratos.

No puede olvidarse, por último, respecto de este asunto, el deber de toda persona, pero especialmente de quien por su profesión o función, detecte una situación de riesgo o de posible desamparo de un menor, de comunicarlo, conforme dispone, en su artículo 13, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, además del deber de poner en conocimiento de la autoridad judicial los hechos que sean motivos de delito, que se recoge en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. También es preciso tener en cuenta, desde la perspectiva deontológica, que el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial autoriza la revelación del secreto por imperativo legal, además de prohibir la admisión de malos tratos y establecer el deber de denunciarlos a la autoridad competente. El Código recoge, de otra parte, el deber del médico de poner los medios necesarios para proteger a la persona para cuya asistencia haya sido requerido y que sufra malos tratos, en especial si es menor de edad o está incapacitada, poniendo los hechos en conocimiento de la autoridad competente.

En este mismo orden de cosas, la 36ª Asamblea Médica Mundial, que se celebró en Singapur en octubre de 1984, adoptó la Declaración sobre Maltrato y Abandono del Niño, atribuyendo a los médicos una responsabilidad especial en la identificación y ayuda a los menores maltratados, además de compelerlos a proteger al niño de daños ulteriores. Muy interesante resulta a este respecto el enfoque de la Declaración, al aludir a la naturaleza polifacética del problema de los malos tratos, lo que demanda una intervención de carácter multiprofesional.

8. A modo de colofón

La Declaración de Estocolmo contra la explotación sexual infantil con fines comerciales se refiere al derecho de la infancia a una plena protección contra todas las formas de explotación y abuso sexual. A lo largo de este trabajo se han expuesto algunos ejemplos para ilustrar la labor que la institución del Defensor del Pueblo puede realizar y realiza para aportar su contribución a la protección del referido derecho. Llevada a cabo la tarea principal, acaso sea conveniente realizar algunas breves consideraciones sobre la forma de llevar a cabo aquella.

A este respecto, es menester reparar en el carácter muy delicado de los perfiles que ofrecen los casos de explotación y de abuso infantil. Por ello, si una razonable discreción es siempre una buena consejera, en estos supuestos la misma ha de redoblar, con el fin de no causar perjuicios irreparables ya a la víctima, ora a quien, presunto autor del abuso sexual, se revele a la postre inocente, así como para no provocar una injustificada alarma social. En tal sentido, si el *ombudsman* no se rige en su actuación por la discreción, difícilmente podrá reclamarla, sin incurrir en una paradoja, de los medios de comunicación. De este modo, si bien es cierto que los medios de comunicación social pueden ser un importante aliado del *ombudsman*, no es menos cierto que en estos y en casos similares se impone una prudencia exquisita en su utilización, que vaya más allá de la razonable dosificación con que el *ombudsman* ha de tener presencia en los medios. En efecto, si ante la relevancia social -como con frecuencia acaece- de un suceso de explotación o abuso sexual, el *ombudsman* cede a la tentación de incrementar su notoriedad, flaco favor habrá hecho no solo a los damnificados por su imprudente acción, sino también, a la postre, al prestigio de la institución.

En suma, en la praxis del *ombudsman* el afán de notoriedad no ha de prevalecer sobre el trabajo constante y discreto en favor de los derechos de la infancia. Acaso no sea éste un criterio que se avenga bien con las apetencias sensacionalistas de nuestra sociedad mediática, pero quienes, desde el enfoque jurídico que es consustancial al *ombudsman*, venimos trabajando desde hace años en la institución del Defensor del Pueblo tenemos la firme convicción de que sacrificar el efímero protagonismo a la íntima satisfacción del trabajo discreto y concienzudo que pueda dar resultados perdurables y tangibles -como es, pongo por caso, la modificación, antes referida, de nuestro Código Penal- es una apuesta que, a la postre, ha de redundar en beneficio de quienes han de ser los únicos protagonistas: los niños.

Hurgando en los recuerdos de mi infancia, viene a mi memoria que junto al madrileño Hospital del Niño Jesús existía antaño la estación de un tren "botijo"²⁷, el de Arganda, sobre el que, ironizando, a lo que parece, acerca de su proverbial lentitud, el arrojado ingenio popular discurrió el siguiente dicho: "El tren de Arganda, que pita más que anda". Pues bien, al *ombudsman* que incurriera en una viciosa discordancia entre el redundante uso de los *mass media* y la parvedad de los frutos de su actuación, acaso podría

²⁷ Para los más jóvenes lectores, habrá de esclarecerse que este epíteto se aplicaba hace décadas a unos desmedrados trenes de cercanías que enlazaban Madrid con las localidades de su entorno.

cuadrarle la metáfora del ferrocarril de Arganda. Por ello, desde el Defensor del Pueblo, para no ser, como el viejo tren, una institución "botijo", procuramos no pitar más que andar, sino, antes bien, andar más que pitar.

Índice

- Prevencción del maltrato infantil
- Prevencción del abuso sexual

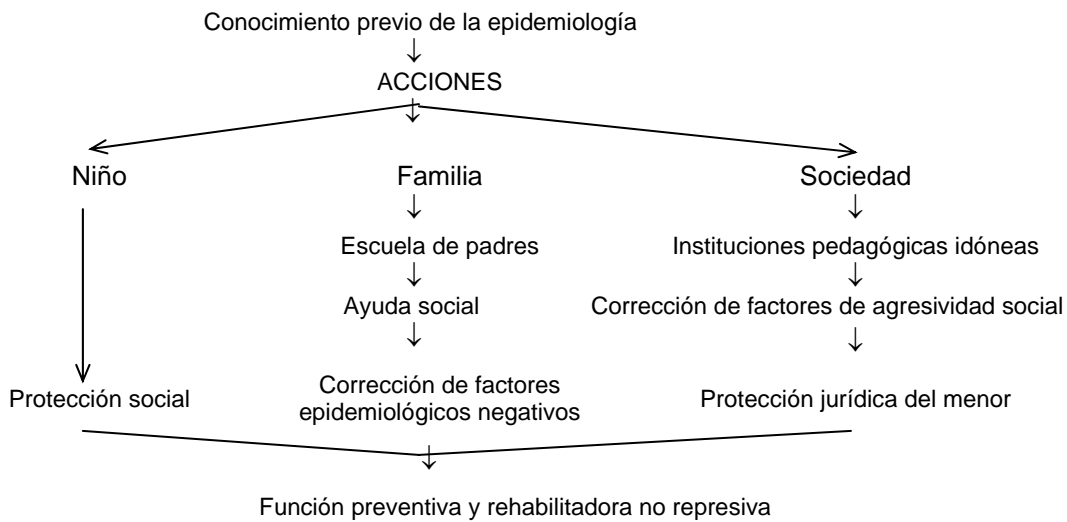
La prevencción del maltrato y abandono infantil, tanto de su perpetración como su repetición y secuelas, es una de las intervenciones más importantes que desde todos los ámbitos profesionales y ciudadanos se puede y debe realizar.

La prevencción del abuso sexual infantil debe incluir aspectos generales (prevencción inespecífica, promoción de la infancia), sobre prevencción del maltrato infantil y específicos sobre la prevencción del abuso sexual.

Prevencción del maltrato infantil

En una de las primeras monografías editadas en nuestro país en la década de 1980 sobre el maltrato infantil en el capítulo referente a la prevencción se considera que la epidemiología constituye un trabajo básico a la hora de acometer las diversas acciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que esta patología, problema sanitario-social-educativo-legal, demanda (Cuadro 1).

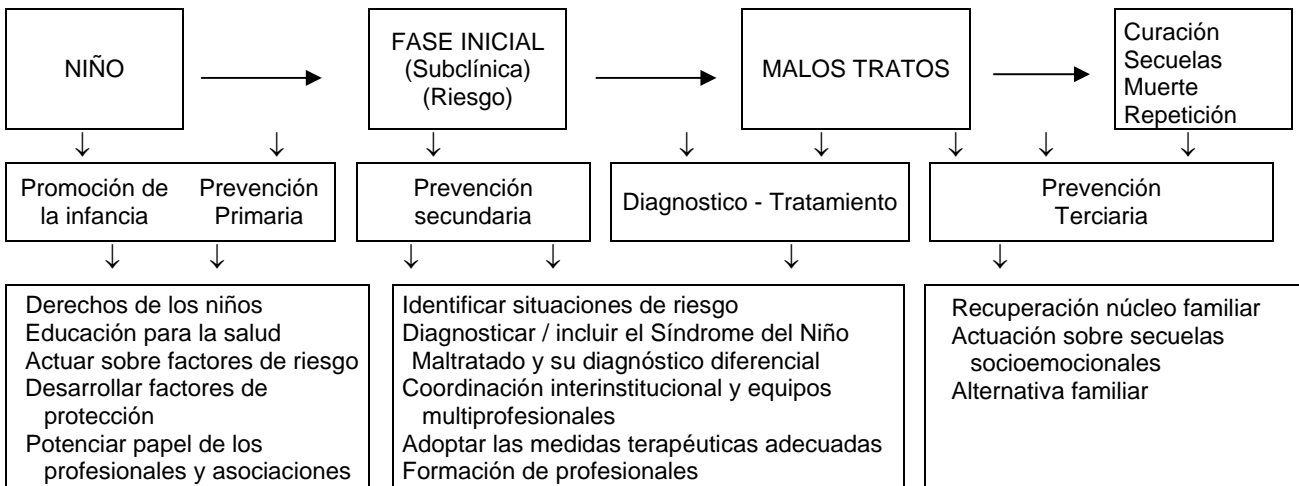
Cuadro 1. Prevencción – tratamiento – rehabilitación del maltrato infantil (Labor de equipo)



Fuente: Trujillo R. Epidemiología del maltrato en la infancia. En Calvo J, Calvo JR. El niño maltratado. Ed. Cea. 1986: 50

La prevencción del maltrato infantil podemos abordarla también desde el concepto de maltrato infantil como un proceso dinámico, que incluye en su evolución una serie de circunstancias predisponentes, a menudo una etapa de carácter silencioso (periodo patogénico subclínico, riesgo), posteriormente se manifiesta clínica y socialmente, y finalmente, puede resolverse de una manera favorable (curación), dejar secuelas, producir la muerte y/ o repetirse, en que se puede actuar en los casos en diferentes niveles (Cuadro 2).

Cuadro 2. Maltrato infantil y niveles de prevencción.



Fuente: Díaz Huertas JA, Toledano MJ. Prevencción del maltrato infantil. En Oñorbe M, García M, Díaz Huertas JA (dir). Maltrato infantil: prevencción diagnóstico e intervención desde le ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Salud, 1995:140-153

Los programas de prevención considerando la etiología multicausal de los malos tratos deben ser diseñados para el conjunto de personas implicadas en el problema (niño, familia) y para una intervención multiprofesional trabajando en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 3).

Cuadro 3. Niveles de prevención y su caracterización (Costa M, Morales JA, 1997)

Prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
Población diana	General	Alto Riesgo	Víctimas
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos	Reducir la duración y gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
Procedimientos	Eliminación de factores de riesgo Promoción de la salud y de competencia de la población general	Detección y tratamiento tempranos Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Tratamiento de las víctimas y de su entorno Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno

◆ **Prevención primaria**

La prevención primaria pretende disminuir el número de casos o su aparición; se refiere a métodos aplicados a la población general y actúa antes de que se presente cualquier tipo de manifestación.

La prevención primaria actuaría sobre los factores que contribuyen a la violencia social como son:

- Evitar situaciones de pobreza.
- Modificar la actitud social e individual hacia el castigo físico.
- Favorecer la relación familiar - vínculos - apego.
- Fomentar las relaciones sociales y la integración en la comunidad.

◆ **Prevención secundaria**

La prevención secundaria pretende detectar sujetos o grupos de individuos (familias) a través de dos medidas básicas considerando las características de estas familias: reducir el aislamiento social y adaptar forma de prestación de los servicios sociales (Cuadro 4).

Cuadro 4. Medidas para la prevención secundaria del maltrato infantil (Costa M, Morales JA, 1997)

Reducir aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Normalizar la red de los servicios de infancia y familia.</i> El servicio o programa de ayuda a niños maltratados o en riesgo ha de estar vinculado a una red normalizada de servicios y recursos accesibles a la población general. • <i>Redefinir el diseño y los espacios vecinales.</i> La verticalidad de la ciudad con grandes edificios sin equipamientos o espacios comunes que faciliten el encuentro entre vecinos, padres e hijos de diferentes familias, es una imagen urbana frecuente que dificulta el desarrollo de redes vecinales y sociales. • <i>Reducción de los procesos de exclusión social.</i> Pobreza, falta de equipamientos,.. • <i>Fomentar el sentimiento de comunidad.</i> Implica promover la participación e incorporar a la gente en la toma de decisiones de los asuntos que les afectan.
Adaptar la forma de prestación de los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambio del estilo de prestación de servicios.</i> Un estilo pasivo, "de espera" o "de despacho" de prestación de servicios de protección y atención social a constituir un obstáculo para la prevención en general y para la prevención del maltrato y la violencia familiar en particular. • <i>Disponer de sistemas de predicción del riesgo.</i> La predicción del riesgo de recurrencia y gravedad del maltrato es posible con un grado considerable de certeza. Los recursos deben ser desarrollados para asegurar, evaluar y retener esta información. • <i>Desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana de los casos de desamparo y maltrato a la infancia.</i> En una perspectiva de prevención secundaria resulta especialmente relevante el desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana. • <i>Enfatizar en el carácter pedagógico y comunitario de los servicios.</i> Una mayor capacidad para comunicarse y resolver problemas imprevistos, respeto por los conocimientos de los no expertos y una actitud que promueva la implicación activa de los clientes y usuarios de los servicios debe orientar la actividad profesional

La prevención secundaria dentro del ámbito sanitario debería:

- Incrementar las medidas de atención hacia los niños: desarrollo del Programa del niño sano, las visitas domiciliarias de las enfermeras, creando vínculos con la familia que faciliten su asistencia a consulta, educación de padres
- Identificar precozmente los factores de riesgo
- Formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y de servicios sociales, educativos,...
- ◆ Prevención terciaria

La prevención terciaria se dirige a aquellas situaciones en que los malos tratos ya se han producido y pone el énfasis en evitar su repetición y prevenir el deterioro resultante del abuso y/o las secuelas del mismo en un contexto familiar con factores de riesgo:

- Intervención desde los servicios sociales especializados y de protección infantil
- Medidas terapéuticas de soporte domiciliario.
- Ingresos hospitalarios o en centros de acogida como forma de prevención. Ante la evidencia de maltrato o factores de riesgo que suponen una situación grave para el niño deberá separarse del foco de violencia mediante su ingreso preferentemente en un centro de acogida o en un hospital si presentan lesiones y si la situación se prolonga o se prevee de larga duración proporcionarle con carácter urgente un medio familiar alternativo: familia sustituta, centro de acogida o adopción.

Prevención del abuso sexual

La prevención del abuso sexual infantil comienza fundamentalmente en Estados Unidos de Norteamérica en la década de 1980, por lo que es un campo de estudio relativamente novedoso y el material elaborado es muy reciente.

Un problema de las características de los abusos sexuales a menores es un tema muy complejo que plantea numerosas dificultades e interrogantes sobre los programas de prevención como su efectividad respecto de la prevención, impacto de los casos de abusos sexuales, efectos en la sexualidad, ..., y debe incluir materiales e información para padres, profesores, profesionales en relación con la infancia y niños.

Los adultos:

- deben estar alerta de las señales que les indican que sus hijos están en peligro o que el adulto de confianza esta poniendo al niño en una situación difícil.
- pueden ayudar a los niños a desarrollar actitudes positivas con respecto a sus cuerpos y sentimientos, ya que los sentimientos de autoprotección derivan de los sentimientos de autoconfianza

La fuerte connotación emocional que tiene el tema del abuso sexual infantil puede hacer difícil la aceptación y puesta en practica de programas en algunas comunidades.

La prevención de los abusos sexuales deben contemplar la prevención primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 5).

Cuadro 5. Abuso sexual infantil: niveles de prevención y su caracterización

Prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
Población diana	Niños en general y víctimas potenciales Adultos y adolescentes	Grupos con riesgo de cometer actos sexuales con niños y niños con riesgo de sufrirlos	Agresores sexuales Niños víctimas de agresiones sexuales
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos de abusos sexuales	Intervenir antes de que ocurra el problema	Evitar la repetición de los abusos sexuales Paliar los efectos del abuso en las víctimas
Procedimientos	Enseñar a los niños como evitar el abuso y medidas ante situaciones <i>potencialmente</i> peligrosas	Detección y tratamiento precoz	Tratamiento o intervención a individuos involucrados o afectados por el problema Tratar las secuelas en las víctimas

La importancia de la prevención se debe a las elevadas cifras de incidencia y prevalencia encontrados, a las graves consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual en las víctimas, a los datos de los estudios indicando que cuando las víctimas se resisten o gritan la mayoría de los agresores se retienen y buscan a otras víctimas más pasivas y, al hecho de que son muchos los niños que no revelan los abusos de que fueron objeto.

Los programas de prevención primaria deben incluirse dentro de los específicos de educación sexual y de educación para la salud adaptados a las edades de los niños y a padres/madres y educadores.

Los programas de prevención primaria son educativos, dirigidos a la población infantil escolar en general y especialmente a niños de 12 años o menos como víctimas típicamente potenciales. Esta demostrada la efectividad a corto plazo de estos programas, en donde se enseña a los niños conceptos de abusos sexual, técnicas de autoprotección, propiedad del propio cuerpo y derecho a controlar el acceso a él, discriminar entre las diferentes formas de ser *acariciado / tocado*, diferencias entre secreto apropiado y no apropiado y sobre la conveniencia o no de mantener un secreto, confiar en su propia intuición referente a situaciones o personas peligrosas, enseñar a decir **NO** (asertividad) ante cuestiones percibidas como desagradables o amenazantes por el niño.

Los programas de prevención secundaria deben orientarse a los grupos específicos que están en riesgo de cometer abusos sexuales a menores y a los niños en riesgo de sufrirlo con el objetivo de actuar antes de que ocurran, detectando y tratando precozmente a los niños víctimas.

La prevención del abuso sexual puede orientarse según el modelo etiológico ecológico intentando actuar sobre los factores de riesgo y promoviendo los factores de protección considerando las interacciones entre el niño-agresor (microsistema), la familia (mesosistema) y las redes de apoyo social y cultural (macrosistema) (Cuadro 6).

Cuadro 6. Prevención del abuso sexual infantil según el Modelo etiológico ecológico .

		Factores de riesgo	Factores de protección
MICROSISTEMA	Posible agresor	<ul style="list-style-type: none"> Ser varón Sentir atracción sexual por los niños Carecer de empatía positiva hacia los niños Fantasías sobre relaciones sexuales con niños Poca capacidad de control Identificación narcisista con los niños Uso de alcohol o drogas para desinhibirse Sentimientos de baja autoestima, soledad, vulnerabilidad, dependencia Pocas habilidades interpersonales, especialmente con el otro sexo Alto estrés (desempleo, etc.) Necesidad de sentimiento de poder y control Haber sufrido abusos sexuales cuando era pequeño Tener problemas de pareja o familiares 	<ul style="list-style-type: none"> No haber sido objeto de abusos Si se han sufrido abusos tener conciencia de ello y de lo que supone para el agresor y la víctima Buena historia familiar con buen modelo de padre Altas habilidades interprofesionales Valores de respecto a la infancia Ser empático Buenas habilidades para tomar decisiones Alta autoestima Red de apoyo social Habilidades para las relaciones de pareja
	Posible víctima	<ul style="list-style-type: none"> Carecer de conocimiento sobre lo que es apropiado o no en las actividades sexuales Necesidad alta de atención o afecto Baja autoestima y autoconfianza en sí mismo Abandono emocional Pasivo o no asertivo Sumiso u obediente Baja capacidad para tomar de decisiones y resolver problemas Excesivamente confiado 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos sobre lo que son las conductas apropiadas e inapropiadas en sexualidad Asertivo Alta autoestima y sentimiento de autoeficacia Red de apoyo social Buena capacidad para resolver problemas y toma de decisiones
MACROSISTEMA	Red de apoyo social y cultural	<ul style="list-style-type: none"> Visión de los niños como propiedad de los adultos Aceptación cultural de los abusos Fácil acceso de las víctimas Fácil acceso a la pornografía infantil Presentar en los medios de comunicación a los niños con claros significados sexuales Resistencia del sistema legal a castigar a los agresores Cultura que reprime la sexualidad Falta de redes de apoyo para las familias Machismo: fomento de la idea de poder y dominación Subcultura patriarcal Creer que los chicos siempre deben obedecer a los adultos Poca relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza Falta de educación sexual Desvalorización de la infancia Negación de la existencia de los abusos sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> Oposición al uso de niños como fuente de satisfacción sexual Rápida y consistente persecución de los agresores por el sistema legal Énfasis en la igualdad entre el hombre y la mujer Educación sexual durante la infancia Red de apoyo social para la familia Valoración alta de los niños Baja tolerancia con las conductas sexuales coercitivas Conciencia social del problema de los abusos y desarrollo de esfuerzos para evitarlos Investigación sobre este campo

Fuente: Wurtele SK, Miller Perrin CL. Preventing child sexual abuse: sharing the responsibility. Lincoln, NE: university of Nebraska Press. 1992: 48-49. Citado en López F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amaru. 1995: 84.

Los varones en general son el sector de la población con mayor riesgo de cometer abusos sexuales a menores; también los adolescentes y adultos que han sufrido abandono, maltrato físico o abuso sexual infantil. En la actualidad los programas de prevención secundaria dirigidos a los grupos poblacionales que están en riesgo de cometer abusos son prácticamente inexistentes.

Son población de riesgo de sufrir abusos sexuales las niñas en general, niños no suficientemente atendidos o faltos de afectividad o que por sus características corren riesgo especial de ser abusado (niños con discapacidades).

El objetivo de la prevención terciaria es evitar la repetición de los abusos sexuales y paliar los efectos de los abusos en las víctimas, proporcionando tratamiento o intervención a los individuos involucrados o afectados por el problema y tratando los efectos y posibles secuelas en las víctimas.

El tratamiento debe contemplar por una parte a la víctima, a la familia y al agresor y, por otra respuestas preventivas, protectoras y terapéuticas (Cuadro 7).

Cuadro 7. Respuestas preventivas, protectoras y terapéuticas a la víctima, a la familia y al agresor

Preventivas	<p>Mejorar la calidad de la vida familiar y cambio del estilo en las familias abusivas</p> <p>Desarrollo de servicios y apoyos sociales</p> <p>Incrementar redes de apoyo informal que alivien el aislamiento</p> <p>Desarrollo de la conciencia comunitaria, responsabilidad mutua, soporte comunitario</p> <p>protección y guía</p> <p>Centros de cuidado y atención de día</p> <p>Actitud ante la mujer y el niño</p> <p>Política que asegure la igualdad y defensa de los derechos del niño</p> <p>Desarrollo de habilidades parentales (jóvenes y futuros padres)</p> <p>Formación de niños en asertividad (decir NO y autodefensa)</p> <p>Identificación de familias con riesgo (visitadoras de salud, profesionales, etc.).</p>
Protectoras	<p>Denuncia e investigación de casos (educación y sensibilización de los profesionales, compromiso y deber de denunciar)</p> <p>Necesidad de adecuar la estructura de las agencias para poder investigar casos detectados</p> <p>Coordinación multidisciplinar de organismos</p> <p>Creación de grupos o coordinadoras intersectoriales (policía, servicios sociales, salud,...)</p> <p>Responsables de casos</p> <p>Persecución criminal</p> <p>Compensación a las víctimas</p> <p>Situar al niño en lugar seguro</p>
Terapéuticas	<p>Contexto terapéutico, enfoque multidisciplinar</p> <p>Tratamiento de víctimas</p> <p>Tratamiento a las familias</p> <p>Tratamiento de los perpetradores</p>

Fuente: Murray K, Gouhg D. *Intevening in child sexual abuse*. Scottish Academic Press. 1991 Citado en Sánchez Moro MC, Noguerol V. Dossier sobre abuso sexual infantil. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 1995:63

El tratamiento al agresor, cuyo primer objetivo es reducir el riesgo de reincidencia, especialmente en el caso de violaciones, se realiza mediante técnicas de modificación del comportamiento, grupos de autoayuda, tratamientos psicoterapéuticos individuales o en grupo, farmacoterapia o la cirugía.

La efectividad del tratamiento a los agresores sexuales esta cuestionada en general, aunque tiene mayor eficacia en algunos grupos tales como los abusos sexuales intrafamiliares .

En definitiva, la prevención del abuso sexual debe incluir programas generales y específicos para niños, padres, educadores, profesionales, instituciones y la sociedad que deben ser evaluados para medir lo que los niños aprenden verdaderamente, en que medida se han alcanzado los objetivos previstos, y los efectos sobre los comportamientos y aptitudes de los niños.

Índice

1. La importancia de la investigación epidemiológica del abuso sexual
2. Las diferentes tipologías de abuso sexual infantil
3. La investigación epidemiológica. Principales fases a contemplar en la planificación, diseño y análisis del abuso sexual infantil
 - 3.1. La planificación del estudio
 - 3.2. La elección del diseño del estudio
4. Principales diseños epidemiológicos en el conocimiento del abuso sexual infantil.
 - 4.1 La magnitud del fenómeno y sus principales características.
 - 4.2 El Análisis de los factores de riesgo y de protección implicados.
 - 4.3. Medidas de prevención e intervención.
5. Conclusiones. Principales estrategias de investigación epidemiológica en el abuso sexual infantil.

1. La importancia de la investigación epidemiológica del abuso sexual

La epidemiología, como disciplina científica que intenta comprender los fenómenos que se dan en las poblaciones, ha aportado a la investigación una metodología específica a la hora de verificar y demostrar lo que la experiencia clínica ha determinado como un problema de salud pública: *el abuso sexual infantil*. Los criterios establecidos en la evidencia científica nos señalan que cuando existen hallazgos significativos sobre una problemática específica a la luz de la intervención, éstos deben ser comprobados en estudios basados en muestras poblacionales con el fin de estimar la magnitud del problema y determinar los factores implicados en la cadena causal del fenómeno.

La investigación epidemiológica es capaz de suministrar información relevante en todos los ámbitos de estudio del abuso sexual a la infancia. En primer lugar, los estudios descriptivos de prevalencia han aportado una clara evidencia de que el abuso sexual, como una forma de violencia interpersonal, es un importante problema sociosanitario. Ligado a ello, nos encontramos que los estudios basados en encuestas sobre las actitudes y creencias de la población nos revelan tanto el escaso conocimiento del problema como la existencia de estereotipos sobre los abusadores, de forma que la sociedad sólo enfatiza que su solución está en las medidas jurídicas y penales. En segundo lugar, las investigaciones epidemiológicas sobre los factores de riesgo y de protección implicados en la cadena causal del abuso nos demuestran la importancia del entorno familiar para disminuir la vulnerabilidad de los niños hacia los abusadores. Y en tercer lugar, la metodología epidemiológica nos ofrece una herramienta útil a todos los profesionales sociosanitarios para la evaluación de los programas de prevención y/o intervención de los problemas del desarrollo sexual de la infancia en general, y el abuso sexual en particular.

Además, la investigación poblacional nos ha permitido evidenciar que el abuso sexual tiene elementos claramente diferenciadores del resto de las categorías de malos tratos a la infancia. Los actuales modelos biopsicosociales ecológicos y transaccionales utilizados para explicar el abuso y la negligencia no es aplicable a la subcategoría específica del abuso sexual. Actualmente, la mayoría de los estudios separan la problemática del abuso sexual del resto de los tipos de malos tratos, aunque en muchos casos al abuso sexual se asocian otras categorías tanto del maltrato físico como del psicológico. Por ello, la investigación epidemiológica, al igual que ayudó a los modelos explicativos de los malos tratos, permitirá en el futuro determinar un modelo conceptual específico del abuso sexual a la infancia. Dicho modelo servirá para desvelar las importantes lagunas que todavía existen en su cadena causal y orientará hacia la planificación de programas eficientes para reducir su incidencia y las secuelas en el desarrollo infantil.

2. Las diferentes tipologías de abuso sexual infantil

Aunque el abuso sexual fue una de las primeras categorías de malos tratos a la infancia identificados por los profesionales sanitarios junto con el abuso físico (síndrome del niño apaleado), todavía es la gran desconocida en su cadena causal a diferencia del resto de abusos y negligencias. Su precoz reconocimiento permitió eso sí determinar importantes actuaciones judiciales contra los agresores, en la medida primero que vulneraba los valores morales de nuestra sociedad, y más tarde incorporándolo dentro de la protección de los derechos de la infancia y la vulneración del desarrollo de la personalidad. Dichas actuaciones dieron lugar al concepto jurídico específico de corrupción de menores y pederastia que es tratado y penado en los países de diferente manera pero bajo el concepto genérico de agresión y abuso sexual a menores. El estudio de estas actuaciones judiciales y sociales permitió además un avance del conocimiento de este fenómeno en un doble sentido:

- a) el reconocimiento que existe tanto un abuso donde el agresor es ajeno a la familia del niño (abuso extrafamiliar) como la existencia de abusos sexuales por parte de familiares cercanos del niño incluidos sus padres y/o cuidadores (abuso intrafamiliar); y

- b) la existencia de múltiples acciones que pueden ser consideradas como de abuso sexual en la medida que transgreden el normal desarrollo sexual del niño, por ejemplo la separación entre abusos sexuales con o sin contacto físico. Paralelamente, el campo de la psicopatología va definiendo los trastornos psiquiátricos de los agresores sexuales y el cómo abordar clínicamente su intervención terapéutica junto con la actuación policial y judicial.

En la medida que en las últimas décadas se avanza aún más en el estudio clínico de esta problemática se plantean múltiples abordajes de prevención e intervención terapéutica dirigida tanto al agresor como hacia la víctima, planteando la actuación conjunta en la medida que agresor y víctima son doblemente víctimas, más aún cuando la relación abusadora se produce entre padres e hijos, y tanto por las consecuencias que se producen en el niño por la acción abusadora como por la acción protectora y judicial.

En la actualidad nos encontramos con el reconocimiento social de múltiples formas de abuso sexual, al igual que fenómenos relacionados con el fenómeno de la explotación sexual como son la prostitución infantil, la pornografía y el turismo sexual. Los estudios clínicos realizados sobre el abuso sexual infantil han permitido el conocimiento de múltiples formas de éste y de explotación sexual. Los diferentes estudios psicopatológicos han evidenciado que estamos analizando fenómenos muy diferentes entre sí que deben ser separados a la hora de su abordaje de investigación. Este hecho enfatiza aún más la necesidad de separar operativamente todas las formas de abuso y explotación sexual a la hora de su investigación a nivel clínico y poblacional.

Por una parte la separación del abuso extrafamiliar del intrafamiliar, más aún cuando la relación entre el abusador y el abusado es más cercana y existe una relación afectiva estrecha que conlleva a consecuencias diferentes y, por tanto, a intervenciones también diferentes. Por otra parte la separación en el análisis entre el abuso sexual y la explotación sexual. Mientras los estudios clínicos enfatizaron la estrecha relación entre la prostitución y el antecedente de abuso en la infancia, actualmente los recientes estudios poblacionales evidencian que son problemáticas diferentes que deben ser abordadas de manera diferente en su investigación clínica y psicosocial. Además, el planteamiento encontrado en muestras clínicas sobre el uso de las redes de pornografía y prostitución para facilitar al agresor la realización de abusos a menores, no significa que se deba mezclar en los estudios epidemiológicos la realidad del abuso sexual infantil con la específica problemática psicosocial y jurídica existente en los casos de explotación sexual.

Por todo ello, el presente capítulo se centra en los casos de abusos sexuales intra y extrafamiliar, en los cuales no existe un solapamiento con casos de explotación infantil. Además como el propio título de este capítulo indica solamente se va a abordar aquellas áreas de investigación que pertenecen al ámbito de la epidemiología social desde los estudios descriptivos de poblaciones determinadas hasta la evaluación de programas de prevención.

3. La investigación epidemiológica. Principales fases a contemplar en la planificación, diseño y análisis del abuso sexual infantil

Tras la elaboración de una hipótesis científica sobre cualquier aspecto del abuso sexual, la investigación epidemiológica requiere por parte del investigador la elaboración de un protocolo que contemple todas las fases de estudio desde la planificación de éste como los métodos de análisis que deberán ser realizados para la obtención de los resultados del estudio.

3.1. La planificación del estudio

Aunque la planificación del estudio supone un importante conjunto de reflexiones a incorporar en el protocolo de un estudio, desde aspectos relacionados con la determinación de las diferentes fases de implantación y su correspondiente suficiencia de los recursos, incluidos los temporales, para vencer las dificultades posibles hasta la estimación del tamaño muestral necesario y suficiente para obtener resultados concluyentes, solamente me voy a centrar en aquellas cuestiones que afectan de manera más específica al abordaje del abuso sexual. Para los otros aspectos que afectan de manera general a la programación de cualquier estudio remito al lector a cualquier manual de investigación, por no aconsejar directamente el asesoramiento de un epidemiólogo experto.

En primer lugar, en el estudio del abuso sexual y respecto a la planificación de las muestras a utilizar existen dos aspectos a considerar: el tipo de muestra (clínicas versus poblacionales) y la población diana de ésta (adulto versus infantil). Las muestras clínicas son muy útiles por la accesibilidad de los casos y su adecuada clasificación diagnóstica, aportando información relevante en los factores de vulnerabilidad del niño, las consecuencias del abuso a corto y a largo plazo, y la evaluación de programas de intervención. A pesar de estas ventajas, debe tenerse en cuenta que este tipo de muestra no es representativa del fenómeno en general existiendo importantes sesgos epidemiológicos (relacionados principalmente con la selección de los casos) que impiden la generalización de los resultados a una población determinada. La mayoría de los estudios realizados en nuestro país provienen de casos atendidos en los servicios especializados de protección infantil o de las urgencias hospitalarias. Por ejemplo, aunque es destacable los últimos estudios publicados por el equipo hospitalario de Pou Fernández en Barcelona, ofreciendo resultados sistemáticos sobre los casos atendidos por la Unidad Integrada del Hospital Clinic-Sant Joan de Déu (Barcelona), en cambio están afectados por importantes sesgos de selección siendo sus resultados exclusivamente útiles como una casuística específica de abuso sexual. El mayor grado de representación

de un estudio se obtiene en la medida que la muestra está basada en una población determinada. Son los estudios poblacionales los que nos permiten estimar la magnitud del abuso sexual, determinar la distribución clínica y psicosocial de los casos y generalizar la importancia de los factores de vulnerabilidad en el niño. Aunque en España solamente se ha realizado un estudio de prevalencia a partir de un muestreo de la población, existen múltiples estudios a nivel internacional que en los últimos años han determinado la magnitud del fenómeno a partir de encuestas específicas o investigaciones del ámbito de la salud mental.

Respecto al tipo de población, el estudio del abuso sexual se ha realizado tradicionalmente a partir de muestras de mujeres adultas teniendo en cuenta su alta prevalencia en comparación con los varones. En la medida que en la infancia se han detectado importantes casos de abuso sexual a varones, se han desarrollado estudios dirigidos a muestras representativas de la población adulta de ambos sexos, como es el caso del estudio español desarrollado por López y colaboradores en 1995. En todos los estudios de muestras adultas se pregunta a los entrevistados sobre el recuerdo de sufrir experiencias de diferentes subcategorías de abuso sexual antes de cumplir la mayoría de edad. Otros estudios han planteado la entrevista a adolescentes con el fin de entrevistar sobre sucesos ocurridos más recientemente en el tiempo y, por tanto, eliminar los posibles sesgos de memoria que tendrían las muestras adultas, así como permitir análisis más fiables sobre factores de riesgo y sus posibles consecuencias en la salud mental de los adolescentes. Recientemente, Finkelhor y colaboradores (1997) han planteado la posibilidad de preguntar a los propios padres sobre experiencias de abuso sexual sufridas por sus hijos, con el fin de estudiar su incidencia en el año previo al estudio y analizar las formas de resolución del conflicto intra o extrafamiliar.

Relacionado con lo anterior, un segundo aspecto a considerar es la determinación de los criterios de selección de los sujetos participantes en el estudio. Ya el tipo de muestra a planificar en el estudio orienta hacia las características que tienen que tener los sujetos para ser incluidos en éste. Variables a considerar como el sexo, la edad, y las características clínicas o poblacionales de acuerdo con la muestra considerada. Las muestras clínicas a diferencia de las poblacionales necesitan la determinación de criterios de inclusión y exclusión muy específicos con el fin de delimitar claramente la muestra de estudio y, por tanto, a qué tipos de sujetos los resultados pueden ser extrapolados. La mayoría de los estudios clínicos realizados han empleado muestras de pacientes (principalmente mujeres por su mayor prevalencia comparadas con los varones) que acuden a servicios de salud mental por diferentes problemáticas psicológicas. Como veremos en otro apartado, las características intrínsecas de sus muestras hacen que el diseño específico sea la comparación de casos con controles sin antecedentes de abuso con la finalidad de analizar los factores sociales y psicológicos diferenciadores. Las muestras clínicas también son idóneas para analizar programas de intervención ante situaciones de abuso o de prevención frente a la repetición de éstas.

Respecto a las variables de los estudios poblacionales, nos encontramos ante la necesidad de determinar no sólo la edad a considerar para la determinación de abuso sexual infantil (diferentes estudios han utilizado el corte de 16 o 18 años según la determinación de mayoría de edad), sino también la consideración de caso de abuso sexual. Existen todavía controversias importantes sobre las acciones que deben ser incluidas en los estudios para su clasificación como caso de abuso (tabla 1). Dichas diferencias parten de la existencia de una definición poco operativa de lo que se debe considerar como abuso sexual infantil. En la tabla 2 se contrastan dos de ellas con características diferentes en el rango de consideración de abuso pero ambas de difícil operatividad.

Tabla 1. Principales desacuerdos en los criterios operativos de caso de abuso sexual

La acción de abuso sexual	La inclusión o no de <i>conductas sin contacto corporal</i> como la invitación a un acto sexual, llamadas obscenas, exhibicionismo y hostigamiento.
La edad del abusado y del perpetrador	La <i>edad del abusado</i> entre 16 y 18 años. La inclusión o no si el <i>perpetrador es un igual</i> según: a) Experiencias forzadas y no queridas, y b) los juegos sexuales entre iguales con una diferencia de edad.

Tabla 2. Principales definiciones operativas de caso de abuso sexual

National Center of Child Abuse and Neglect, 1978	Sistema de Atención Social a la Infancia, 1994
Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, de forma que el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o otra persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está el agresor en una posición de poder o control sobre otro menor	Cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar / tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el/la menor

Por ello y en tercer lugar, la investigación debe determinar qué definición operativa va a utilizar para la clasificación de los sujetos en abusados o no abusados sexualmente, qué tipo de categorías a determinar (extra e intrafamiliar), y las acciones a considerar como abuso. Recientemente un grupo de trabajo constituido por técnicos de profesionales de los servicios de protección de las Comunidades Autónomas

pretendieron determinar unos criterios estandarizados de acuerdo con su experiencia en la atención de los casos, los cuales a pesar de su utilidad y operatividad siguen dando lugar a problemas en cuanto a los estudios en la medida que no resuelven las controversias anteriormente comentadas (tabla 3 y 4)

Tabla 3. Criterios de abuso sexual infantil

Definición	Acciones	Indicadores
Acciones y conductas coyunturales o habituales realizadas por un adulto o igual para satisfacer su deseo sexual por medio de la fuerza, coacción, engaño o cualquier situación de poder sobre el niño.	Conductas sexuales con o sin contacto corporal tanto realizadas por un adulto u otros niños. Juegos sexuales realizadas entre menores cuando el abusador tiene una diferencia de edad importante.	1. Penetración o intento de penetración (por cualquier vía) 2. Abusos con contacto físico (tocamientos, masturbación) 3. Abusos sin contacto físico (presenciar el acto sexual de los padres o adultos, exhibicionismo, proposiciones sexuales) 4. Otros

Tabla 4. Principales Criterios Operativos de las Acciones de abuso sexual

Con contacto físico	<i>Incesto</i> : contacto físico sexual por un pariente de consanguinidad o una figura adulta que tenga el papel de figura parental (padres adoptivos) <i>Violación</i> : Contacto físico sexual por un adulto no familiar o familiar no parental <i>Vejección sexual</i> : conducta sexual cuyo contacto, estimulación o interacción es usado para la estimulación o gratificación de las necesidades o deseos sexuales de otra persona
Sin contacto físico	Solicitud indecente a un niño/a o seducción verbal explícita Exposición de los órganos sexuales a un niño/a con el propósito de obtener excitación / gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos similares Realización del acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos similares

En cuarto y último lugar, las consideraciones éticas ligadas con la participación de los sujetos, sobre todo relacionado en nuestro caso con el estudio directo a las víctimas de abuso. Por una parte, no sería ético abordar protocolos clínicos adaptados a las diferentes edades para evaluar posibles situaciones de abuso sexual en muestras poblacionales infantil más aún cuando todavía no disponemos de pruebas de detección válidas para esta problemática. Las valoraciones psicológicas no son éticamente aceptables para su aplicación general si no existe una sospecha previa de abuso, sin considerar que son de un enorme coste temporal y económico. Por todo ello, en los estudio poblacionales se han utilizado muestras de adultos como ha sido comentado anteriormente sobre lo que recuerdan cuando fueron menores de edad, o incluso existen puntuales abordajes de entrevistar a los padres relativo a su conocimiento de antecedentes de abuso sexual en su definición más amplia en la medida que ya es un tema aceptado por éstos de que puede ocurrir en sus hijos, aún aceptando que existe un importante grado de ocultación en las familias con este problema. Otra aproximación éticamente aceptable y que ha sido frecuentemente utilizada ha sido la entrevista a adolescentes en la medida que éstos pueden aceptar la participación del estudio.

Respecto a las muestras clínicas, los principios éticos a considerar de forma particular sería cuando se analizan casos de abuso sexual identificados por los servicios de protección a la infancia, de forma que están basados en el respeto de los derechos del niño indicados en la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de la infancia.

3.2. La elección del diseño del estudio

Los objetivos de un estudio nos determinan el tipo de diseño epidemiológico a utilizar. Si pretendemos caracterizar y determinar la magnitud del abuso sexual se debe emplear un diseño transversal que se realiza en un momento puntual en el tiempo. En cambio si pretendemos ir más allá y conocer la cadena multicausal implicada en la problemática del abuso, las consecuencias específicas que producen las experiencias de abuso en las víctimas, o analizar la eficacia de un programa de prevención y/o intervención se ha de diseñar un estudio longitudinal en el cual se realiza un seguimiento a lo largo de un periodo de tiempo a una muestra de sujetos. Estos estudios de seguimiento se clasifican de una manera general en:

- diseños retrospectivos (se dirigen hacia atrás en el tiempo en el momento del estudio) llamados tradicionalmente de casos y controles, y
- diseños prospectivos (se dirigen hacia delante en el tiempo) llamados de seguimiento de cohorte, en los cuales se inician en un momento el estudio de una muestra determinada de sujetos sin antecedentes de abuso (cohorte) y se sigue su evolución en el tiempo vigilando que sean o no afectados por experiencias abusadoras. Los estudios de seguimiento, a diferencia de los estudios

transversales que son puramente descriptivos, se clasifican en estudios analíticos en la medida que son los que cumplen las leyes científicas de causalidad.

La elección de un tipo de diseño u otro también viene condicionado por el conjunto de ventajas y desventajas que presentan cada uno de ellos en la planificación del estudio (tabla 5). En el caso concreto del abuso sexual infantil, son más factibles la realización de estudios transversales y de caso-control por su adecuación del coste temporal y económico con la presentación de experiencias de abuso. Actualmente tanto en el abuso sexual en particular como en el maltrato infantil en general se aconseja realizar estudios de seguimiento de cohorte en poblaciones identificadas a riesgo por su mayor vulnerabilidad. Por ello en la mayoría de los casos que queremos evaluar un programa de prevención y/o intervención recurrimos a diseños que llamamos cuasiexperimentales en el cual el tiempo de seguimiento puede ser más corto y podemos utilizar una metodología de comparación entre un grupo experimental y otro que haría de control en la medida que no está dentro del programa.

Tabla 5. Principales ventajas y desventajas de los diseños epidemiológicos (Morales, 1998)

Diseños	Ventajas	Desventajas
Transversal	Útiles en fenómenos frecuentes en la colectividad Resultados fáciles de generalizar Menor tiempo y coste Primer diseño a realizar Útiles en planificación sociosanitaria	Existencia de sesgos. Infringe la ley de causalidad. No analiza factores de riesgo. No analiza incidencia
Retrospectivos de casos y controles	Útiles en fenómenos crónicos y raros en la colectividad Capacidad para generar hipótesis causales Bajo coste temporal y económico.	Existencia de sesgos. Infringe la ley de causalidad. No establece la historia natural del fenómeno No analiza la incidencia
Seguimiento de una cohorte	Establece la historia natural del fenómeno. Mejor control y planificación en la recogida de información. Mejor valoración de la exposición. Analiza múltiples fenómenos. Analiza incidencia y factores de riesgo y protección	Poco útiles en fenómenos raros en la colectividad. No permite formular nuevas hipótesis etiológicas La participación puede influir en la exposición Gran coste temporal y económico

De acuerdo con el grado de conocimiento sobre aspectos específicos a estudiar, la metodología epidemiológica recomienda el abordaje de una investigación en diferentes fases (tabla 6). Los estudios clínicos son necesarios en la medida que sus resultados nos permiten elaborar hipótesis sobre posibles asociaciones existentes entre las variables que afectan a los sujetos en estudio y la problemática objeto de éste. Los estudios clínicos realizados en el abuso sexual infantil han planteado múltiples asociaciones etiológicas y sobre sus consecuencias en el desarrollo del niño, muchas de las cuales han sido confirmadas o rechazadas a partir de estudios analíticos de seguimiento. Por ello, las investigaciones de acuerdo con sus diseños tienen una mayor o menor capacidad de evidencia científica para la aceptación de los resultados obtenidos. En la tabla 7 se muestra sintéticamente los diseños de investigación de mayor a menor graduación de capacidad científica.

Tabla 6. Fases de los diseños en los estudios epidemiológicos

Fases	Características
1. Clínicos	La observación clínica nos permite elaborar hipótesis de posibles asociaciones.
2. Transversales	La descripción del fenómeno de estudio en relación a variables personales, geográficas y temporales
3. Analíticos observacionales	El seguimiento retrospectivo o prospectivo para la comprobación de una hipótesis de causalidad
4. Analíticos experimentales	El seguimiento de la población de estudio bajo condiciones controladas para la confirmación de la hipótesis de causalidad
5. Analíticos de impacto	El seguimiento de una población para la evaluación de los factores de riesgo y de protección que hay que intervenir para romper la cadena causal del fenómeno

Tabla 7. Evidencia científica de las investigaciones.

Nivel	Fuerza	Diseño	Condiciones
I	Muy Buena	Metanálisis de experimentos controlados y aleatorizados	Análisis de datos individuales. Técnica metaanalítica Homogeneidad Calidad de los estudios
II	Muy Buena	Experimento controlado y aleatorizado de muestra grande	Poder estadístico Multicéntrico Calidad del estudio
III	Buena	Experimento controlado y aleatorizado de muestra pequeña	Poder estadístico Calidad del estudio
IV	Buena	Experimento clínico prospectivo controlado no aleatorizado	Controles coincidentes en el tiempo Multicéntrico Calidad del estudio
V	Regular	Estudio clínico retrospectivo no aleatorizado	Controles históricos Calidad del estudio
VI	Regular	Estudio observacional de cohorte	Multicéntrico Aparcamiento Calidad del estudio
VII	Regular	Estudio observacional de casos y controles	Multicéntrico Calidad del estudio
VIII	Mala	Estudio descriptivo Serie clínica	Multicéntrico Representatividad
IX	Mala	Casos clínicos	Calidad clínica

4. Principales diseños epidemiológicos en el conocimiento del abuso sexual infantil.

4.1. La magnitud del fenómeno y sus principales características.

La estimación del número de personas que sufren o han sufrido de abusos sexuales a la infancia se realiza habitualmente a partir de estudios de diseño transversal denominados de prevalencia. La prevalencia de un fenómeno se define como el número de casos que existen en la población en un momento o intervalo de tiempo determinado. En el caso del abuso sexual, la mayoría de los estudios de prevalencia han planteado la estimación dirigiendo una encuesta personal o telefónica a una muestra de la población adulta (mayor de 16 o 18 años) sobre el recuerdo de haber sufrido algún tipo de agresión sexual durante su infancia y adolescencia. El modo de abordaje de la encuesta es diferente en cada estudio y recoge una definición estricta (solo contacto físico) o amplia (con y sin contacto físico) del abuso (ver tabla 8).

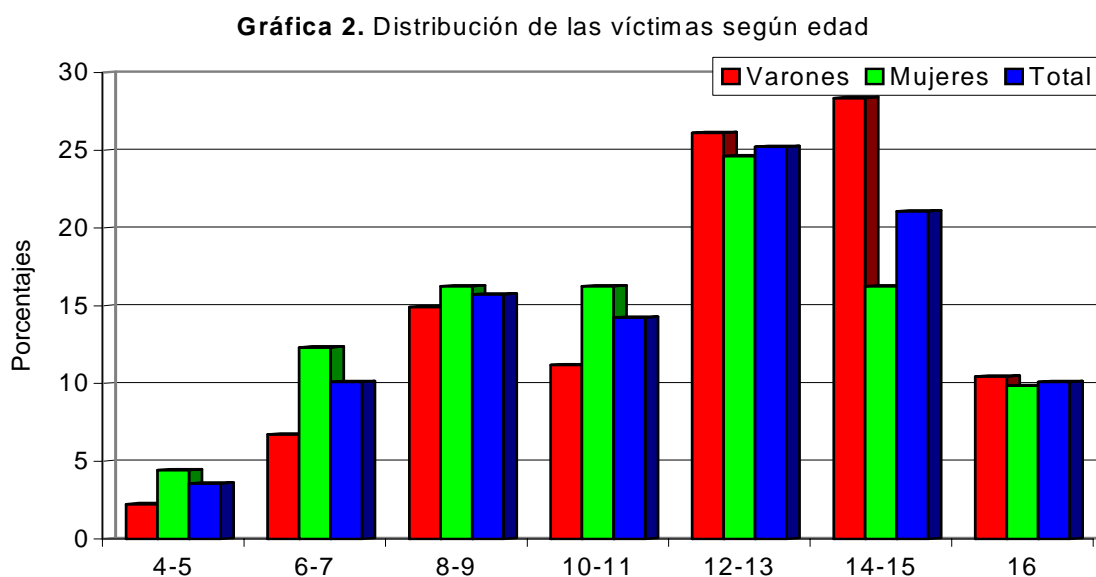
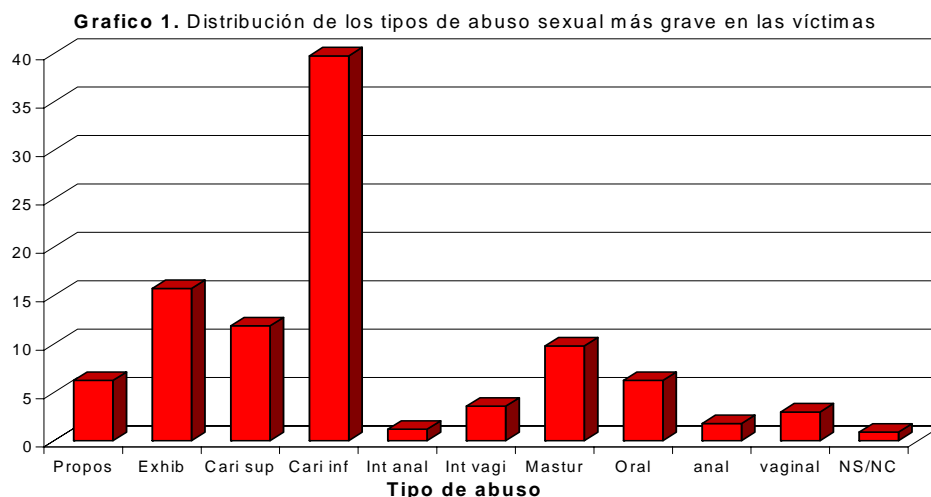
La gran diferencia en los datos de prevalencia según los estudios no es debido tanto a la definición utilizada como a otras variables que deben ser contempladas como son el grado de participación, la distribución geográfica de la población de estudio, las actitudes y creencias hacia el abuso que condiciona las respuestas, y sobre todo la forma de abordar en la encuesta las preguntas referidas a las experiencias de abuso sufridas por los sujetos.

Tabla 8. Prevalencia de abuso sexual en Europa

País	Autores	Tipo	Prevalencia (%)	
			Varón	Mujer
Alemania	Bushnell et al, 1990	Estricto	4	10
Austria	Kinzl y Biebl	Amplio	19	36
Bélgica	Vandewege et al, 1988	Amplio	-	19
Dinamarca	Lenth et al, 1988	Amplio	13	32
España	López et al, 1996	Amplio	15	23
Finlandia	Sariola y Uutela, 1995	Estricto	4	7
Francia	Bouhet et al, 1992	Amplio	5	8
Grecia	Agathonos et al, 1992	Amplio	6	16
Holanda	Draijer, 1990	Estricto	-	33
Irlanda	Bureau of Irland, 1987	Amplio	5	7
Noruega	Holter, 1990	Amplio	9	19
	Schei, 1990	Amplio	-	14
Reino Unido	Newman, 1983	Amplio	-	36
	Baker y Duncan, 1985	Amplio	8	12
	Kelly et al, 1991	Amplio	27	59
Suecia	Ronstrom, 1985	Amplio	3	9
	Ronstrom, 1985	Amplio	1	7
	Edgardh, 1992	Amplio	7	12
Suiza	Ernst et al, 1993	Amplio	3	11
	Halpérin et al, 1996	Amplio	10.9	33.8

Ampliado de Finkelhor (1994) y de Pilkington y Kremer (1995)

El estudio epidemiológico realizado en España para estimar la prevalencia con una metodología semejante a los países de nuestro entorno europeo y al americano por López y colaboradores (1996), en el cual se entrevista a más de 2.000 personas, nos encontramos con una existencia de antecedentes de abuso sexual cercana al 20%. Aunque esta cifra incluye actos leves de abuso sexual sin contacto físico como pueden ser las llamadas obscenas y el exhibicionismo (ver gráfica 1), si eliminamos éstas nos encontramos todavía con un porcentaje importante, cercano al 16% de la población cuya experiencia más grave fue abusos con contacto físico. En la gráfica 2 se muestra la distribución de la edad ante las experiencias abusadoras observando la distribución bimodal en las edades de 8 y 12 años.



Por otra parte cuando queremos conocer el número de casos nuevos que aparecen en un intervalo de tiempo determinado estamos ante un diseño de seguimiento denominado de incidencia. Estos estudios se han realizado predominantemente a partir de los casos procedentes de los servicios de protección, de forma que según el estudio español realizado por Jiménez y colaboradores en 1993, los abusos sexuales no alcanzan el 4% de todas las tipologías de malos tratos que son intervenidos por estos servicios con una incidencia anual del 4 por mil del total de la población infantil (ver tabla 9). Ya es muy aceptado que los servicios de protección solamente son conocedoras de los que se ha denominado “ el iceberg del maltrato” y por tanto el fenómeno del abuso sexual también es muy desconocido por los sistemas de atención. Por tanto, mientras habrá un importante número de casos que no son denunciados quedando dentro de la privacidad de la vida familiar, quizá los casos que son detectados son aquellos más graves en los cuales se manifiestan importantes problemas dentro de la vida familiar.

Tabla 9. Tipologías de malos tratos en los expedientes abiertos en los servicios de protección en 1991/92.

Negligencia	79,1%
Maltrato emocional	42,5%
Maltrato físico	30,1%
Explotación laboral	4,2%
Mendicidad	9,3%
Corrupción	4,2%
Abuso sexual	4,2%
Maltrato Prenatal	5,0%
Tasa de incidencia global (tantos por mil)	0,44

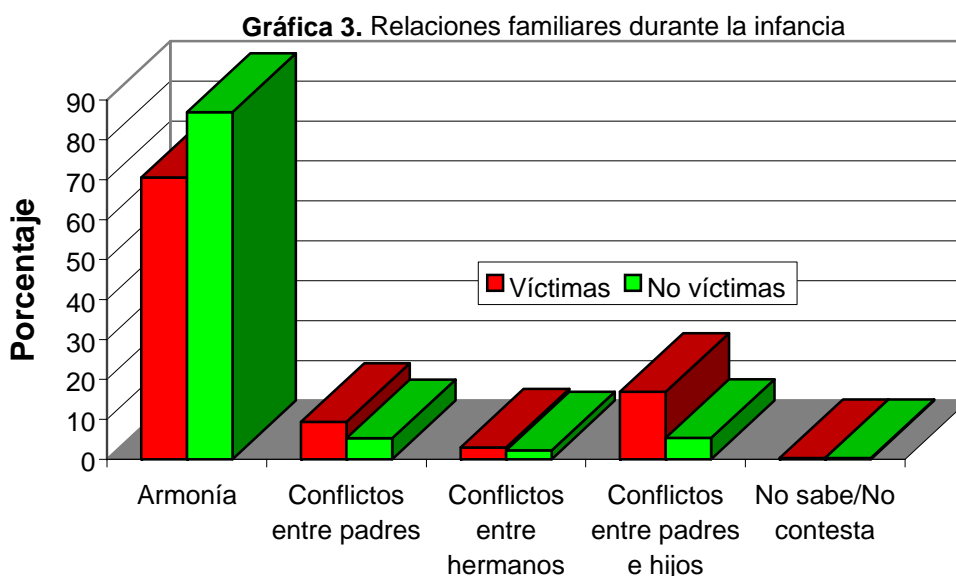
Tomado de Jiménez et al, 1996

En cuanto a las variables sociodemográficas y psicosociales que definen el fenómeno, actualmente conocemos el perfil del agresor y la víctima en relación a los expedientes derivados de las denuncias en la policía o a los expedientes de intervención por el sistema de protección a la infancia. En la medida que estos datos apuntan exclusivamente a un sector determinado de la población (sujetos susceptibles de la intervención del sistema) como a las situaciones más graves y notorias de abuso, los datos descriptivos de las variables tienen importantes sesgos de selección como para extrapolar los resultados a la generalidad del fenómeno. Los estudios realizados a partir de muestras clínicas no eluden el mismo problema en los sesgos existentes.

4.2 El Análisis de los factores de riesgo y de protección implicados.

En los últimos años se ha publicado múltiples estudios clínicos sobre casos de abuso sexual que intentan aproximarse a los factores de riesgo implicados. Dichos estudios plantearon que existían dos principales variables: una sociodemográfica ligado con el nivel socioeconómico de forma que se concluía que el abuso sexual estaba condicionado a una baja condición económica, y otra clínica relativa a problemas psiquiátricos ligados con la desviación sexual. La metodología epidemiológica aplicada al campo social nos ha mostrado los importantes sesgos que tienen este tipo de muestras clínicas de forma que pueden producir estimaciones de riesgo erróneas tanto de infraestimación como sobreestimación ya que se mezclan tanto sesgos de selección como de confusión. Por ejemplo, en la medida que se han realizados estudios epidemiológicos sobre el abuso en muestras poblacionales con representatividad suficiente para aportar una mayor validez y fiabilidad a los resultados estimados se ha encontrado que, a diferencia de otros tipos de malos tratos como el abuso físico, la relación entre bajo nivel económico y abuso estaba sobreestimada ya que la mayoría de las muestras clínicas provenían de clases sociales bajas en el cual se añadían otros problemas psicosociales que están más relacionadas con este tipo de maltrato.

Actualmente el único factor de riesgo más reconocido en la mayoría de los estudios epidemiológicos, es la existencia de disfunciones parentales o una educación familiar carente de supervisión y seguimiento de las actividades que realiza el niño, al estar éste más vulnerable a las estrategias de los abusadores en la medida que buscan afecto y atención, siendo más fácil de intimidar y de evitar la revelación del abuso. En la gráfica 3 puede observarse las diferencias significativas entre los entrevistados con y sin experiencias de abuso ante las relaciones familiares según el estudio español de López y colaboradores (1996).



Mayor evidencia existe en relación con las variables psicológicas que si se van asociando con mayor claridad al abusador. Bajo un modelo más psicosocial que psiquiátrico, se observan variables relacionadas con disfunciones afectivas en la relación sexual, como por ejemplo problemas para mantener relaciones afectivas sexual con el grupo de iguales y por tanto una mayor inclinación al abuso de menores, donde existe por parte del abusador una relación de poder y control emocional que, junto con trastornos en la inhibición de la conducta, conllevan a episodios de abuso sexual infantil.

Por otra parte, existe un desconocimiento importante respecto a los factores de protección. La importancia de éstos ya es evidente en otros tipos de maltrato a la hora de diseñar los programas de prevención más eficientes. Demostrar que una adecuada red y clima social familiar y extrafamiliar protege al niño de la vulnerabilidad hacia el abusador sexual requiere en investigación el diseño de estudios longitudinales. Por otra parte, aunque se ha planteado que una adecuada educación sexual junto con el entrenamiento en habilidades sociales para distinguir acercamientos físicos no deseados y saber cómo evitarlos pueden ser importantes factores de protección ante el abuso sexual, todavía se necesitaría realizar un seguimiento longitudinal de los programas preventivos para determinar su implicación a la hora de proteger a la población infantil.

4.3. Medidas de prevención e intervención.

En las dos últimas décadas se han desarrollado múltiples programas preventivos dirigidos sobre todo a la población infantil e impartidos desde el ámbito escolar. Dichos programas, basados principalmente en la educación sexual y el entrenamiento de habilidades para evitar situaciones favorables para el posible abusador, no han sido adecuadamente evaluados para confirmar ni su eficacia ni su eficiencia, más aún a largo plazo cuando los niños han salido del programa preventivo y están con una edad más vulnerable de ser acosados sexualmente (ver tabla 10). Incluso, se ha planteado por ciertos autores si estos programas pudieran ser perjudiciales en el desarrollo sexual en el niño al crear en éstos mecanismos defensivos contra el contacto físico y, por tanto, ser más bien perjudiciales en las futuras relaciones con los iguales y los adultos.

Tabla 10. Principales programas preventivos del abuso sexual infantil seleccionados según puntuación de criterios metodológicos de los programas (Muy resumido de MacMillan et al, 1994)

Estudio	Punt	N	Población	Edad	Seguim	Tipo de programa
Conte et al, 1985	16	40	Niños	4-10 años	1 semana	Instrucción y entrenamiento de la conducta
Saslowsky et al, 1986	20	67	Niños	6 y 11 años	3 meses	Instrucción y filmación
Wolfe et al, 1986	13	290	Niños	9-12 años	3-5 días	Instrucción y relatos
Wurtele et al, 1986	16	71	Niños	6 y 11 años	3 meses	Tres grupos de intervención: Instrucción y filmación, instrucción y entrenamiento de la conducta, y combinación de ambas.
Fryer et al, 1987	20	48	Niños	-	6 meses	Instrucción y entrenamiento de la conducta
Kolko et al, 1987	17	349 335 15	Niños padres profesores	7-11 años	6 meses	Instrucción y filmación
Harvey et al, 1988	19	90	Niños	61-80 meses	7 semanas	Instrucción, filmación y entrenamiento de la conducta
Kleemeier et al, 1988	19	45	profesores		6 semanas	Instrucción, filmación y entrenamiento de la conducta
Poche et al, 1988	16	74	Niños	5-7 años	1 mes	Tres grupos de intervención: Video, video y entrenamiento de la conducta, y programa estándar de seguridad.
Kraizer et al, 1989	7	670	Niños	3-10 años	-	Instrucción, video y entrenamiento de la conducta
Kolko et al, 1989	16	337 15	Niños profesores	7-10 años	6 meses	Instrucción y filmación.
Nibert et al, 1989	14	116	Niños	3-5 años	1 semana	Instrucción y entrenamiento de la conducta
Wurtele et al, 1989	20	100	Niños	4-6 años	1 mes	Instrucción y entrenamiento de la conducta
Wurtele et al, 1990	18	24	Niños	4 años	1 mes	Instrucción y entrenamiento de la conducta
Peraino, 1990	18	46	Niños	60 meses	6,5 sem.	Instrucción
Hazzard et al, 1991	18	485	Niños profesores	-	1 año	Tres grupos de intervención: Video y entrenamiento de la conducta para niños, para profesores, y combinación de ambos
Tutty, 1992	11	501	Niños	-	5 meses	Juegos
Wurtele et al, 1992a	21	61	Niños	57 meses	2 meses	Dos grupos de intervención: Instrucción y entrenamiento de la conducta para niños y para padres
Wurtele et al, 1992b	21	172	Niños	4,5 años	5 meses	Tres grupos de intervención: Instrucción y entrenamiento de la conducta en la clase y en casa, y una combinación de ambos

Una adecuada evaluación de un programa requiere diversas condiciones:

- a) definición de la población objeto del programa, sobre todo referido al grupo de edad y condiciones sociofamiliares de riesgo,
- b) definición de un grupo control comparable con los participantes expuestos al programa con características similares en variables importantes para permitir un diseño por lo menos cuasiexperimental,
- c) determinación de la duración del programa en los diferentes ciclos formativos para su adecuación al desarrollo sexual del niño, y
- d) el seguimiento de los efectos del programa por lo menos hasta la edad preadolescente cuando los estudios epidemiológicos nos determinan que el niño está en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Por otra parte se ha planteado el trabajo de intervención con los agresores con el fin de inhibir las conductas abusivas. Dichos estudios han sido desalentadores pero posiblemente es debido a que trabajan con agresores con graves problemas psiquiátricos de difícil intervención psicoterapéutica. Menos estudios se han realizado para evaluar los programas de intervención dirigidos a los casos de abuso sexual intrafamiliar en los cuales se trabaja conjuntamente con el abusador familiar, la familia y los hijos, en los cuales parece que el éxito de la intervención sería mayor en la medida que reconducen los problemas familiares y las conductas desarrolladas por todos sus miembros.

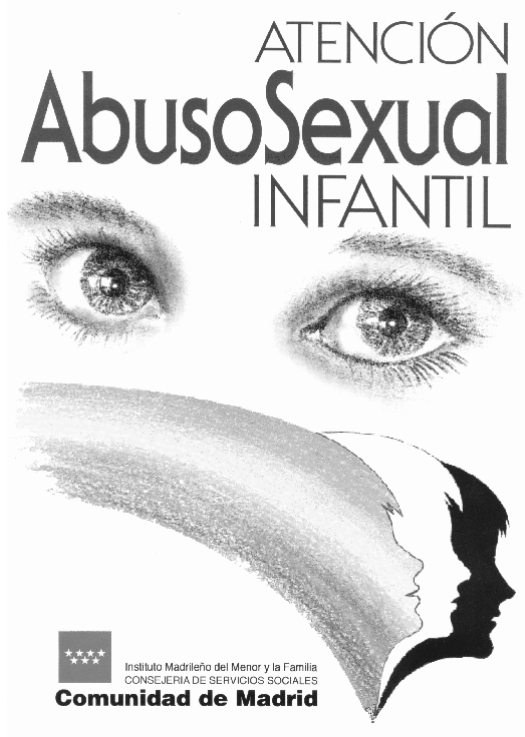
5. Conclusiones. Principales estrategias de investigación epidemiológica en el abuso sexual infantil.

Las estrategias de investigación a plantear son diferentes tanto respecto a los objetivos existentes a la hora de conocer los diferentes eslabones de esta problemática como del tipo de población de la cual se parte.

Si queremos conocer la magnitud del fenómeno y las características que definen el problema tendremos que recurrir a estudios descriptivos de diseño transversal con muestras suficientemente representativas de la población en la cual queremos extrapolar los resultados. Una reciente revisión metaanalítica realizada por Gorey y Leslie (1997) sobre 16 estudios norteamericanos de prevalencia ha demostrado que es posible controlar los sesgos existentes en estos estudios tanto referido a las tasas de participación de los adultos entrevistados como a los criterios operativos abordados en las preguntas de abuso, de forma que de manera conservadora puede estimarse una prevalencia del 12-17% entre las mujeres y del 5-8% para los varones. El principal problema de discusión en el caso del abuso sexual estaría en considerar si la entrevista a una muestra representativa de adultos es una fuente adecuada para estimar la prevalencia del fenómeno en el momento del estudio. No debemos olvidar que los estudios de prevalencia tienen como principal finalidad permitir la planificación de servicios y recursos para dar una adecuada asistencia a los casos existentes en un momento determinado de abuso sexual.

Como ha sido comentado a lo largo del presente capítulo, el estudio de la población infantil en esta problemática no está exenta de importantes inconvenientes técnicos y éticos, pero eso no significa que debamos realizar acercamientos que nos permita analizar este fenómeno desde la población objeto de estudio: la infancia. Una forma de abordar investigaciones con una población infantil representativa sería a partir de programas comunitarios de atención a la infancia y sus familias para detectar situaciones de riesgo de malos tratos. Los programas sociosanitarios de detección de riesgo en el niño, como el que se está realizando en la Comunidad de Madrid, permiten obtener muestras cercanas a la representatividad poblacional infantil al realizar una asistencia desde la atención primaria y los servicios especializados de salud mental en la infancia y la adolescencia. Además de ofrecer una adecuada estimación de la prevalencia de abuso sexual en la infancia que ayude a la planificación de servicios de atención sanitaria y social, la investigación dentro del marco de estos programas permitiría la realización de estudios con diseño longitudinal al realizar un seguimiento de una cohorte determinada.

Por último, aunque en este capítulo he centrado la investigación epidemiológica en su vertiente tradicionalmente cuantitativa, no puedo olvidar que la epidemiología social está incorporando en sus abordajes de investigación metodologías cualitativas que son efectivas para interpretar los resultados obtenidos en una investigación poblacional. Por ello, la investigación del abuso sexual, al igual que en otras problemáticas psicosociales, requiere complementar los diseños de estudios cuantitativos mencionados durante este capítulo con diseños cualitativos que profundice en la explicación del fenómeno.



IV. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía (por orden alfabético de autores)

Malos tratos y abuso sexual infantil

Cantón Duarte J, Cortés Arboleda MR.
Editorial Siglo XXI. 1997
406 páginas. Formato: 14 x 21 cms.

Guía para la evaluación del abuso sexual infantil

Cantón J, Cortés MR.
Pirámide. 2000
266 paginas. Formato: 19 x 24 cms.

Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores

Echeburua E.
Ariel.2000
208 paginas . Formato: 13 x 21 cms.

Abuso sexual infantil en las mejores familias

Intebi IV
Ediciones Granica.1998
329 paginas. Formato: 15 x 22 cms.

Niños maltratados

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC.(dir)
Díaz de Santos, 1997 (Derechos de autor cedidos a UNICEF)
380 páginas. Formato 20 x 26 cms.

Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual

Finkelhot D.
Editorial Pax Méjico, 1980
301 páginas. Formato: 14 x 21 cms.

Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores

López F.
Ministerio de Asuntos sociales. 1994
231 páginas. Formato 17 x 24 cms.

Prevención de los abusos sexuales a menores y educación sexual

López F.
Ediciones Amarú. 1995
197 páginas. Formato: 17 x 24 cms.

Prevención de abusos sexuales a menores.

- 1. Guía para padres y madres**
- 2. Guía para educadores**
- 3. Unidad didáctica para educación infantil (3-6 años)**
- 4. Unidad didáctica para educación primaria (6-12 años)**
- 5. Unidad didáctica para educación secundaria (12-18 años)**

López F, del Campo A.
Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 1997

Chicos. Abuso sexual y tratamiento

Nyman A, Svensson B. (Save the Children)
Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 2000
162 paginas. Formato

Violencia contra niños

Sanmartín J (editor)
Ariel.1999
222 paginas. Formato: 13 x 21 cms.

El agresor sexual y la víctima

Soria MA, Hernández JA.
Editorial Boixareu Universitaria.1994
224 páginas. Formato: 17 x 24 cms.

Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores

Vázquez Mezquita B.

Editorial siglo XXI. 1995

100 páginas. Formato: 14 x 21 cms.

Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales.

VV.AA.

Tomo I. Violencia física y psíquica en el ámbito familiar. Apuntes para una reforma. La violencia en el ámbito familiar: aspectos jurídicos y médico-periciales.

Tomo II. Delitos contra la libertad sexual. Aspectos jurídicos y médico legales. Proyectos de reforma legislativa.

Tomo III. Características psicopatológicas del agresor y la víctima en los supuestos de violencia familiar. Protección de las víctimas de los delitos violentos y contra la libertad sexual.

Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. 1999

Formato:17 x 24 cms. Tomo I: 334 paginas). Tomo II: 382 paginas. Tomo III: 249 paginas.

Bibliografía (recomendada general sobre maltrato infantil)

Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998

197 paginas. Formato 21 x 29 cms.

Documento que recoge los contenidos del Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

El primer capítulo , incluye: Justificación, Marco legal, Descripción del contenido del programa, Objetivos que se pretenden alcanzar, Actividades que incluye el programa (Formación, Registro de casos, Diagnóstico e intervención, Prevención, Guía, Salud Mental, Internet) y calendario previsto, Evaluación y seguimiento del programa, Contenidos del programa de formación y los diferentes componentes del Equipo (Atención Primaria, Hospitales, Centros Municipales de Salud, Equipos de Salud de las Residencias de Atención a la Infancia y Adolescencia, Salud Mental, Guía, Comité Técnico y Asesores Científicos).

En el segundo capítulo se establece el Proceso de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario en sus diferentes fases: diagnóstico - detección, notificación y tratamiento - intervención.

El tercer capítulo facilita los contenidos teóricos en los 25 temas de Formación del Programa de forma esquemática tanto de aspectos clínicos como sociales y legales.

La información acerca de la bibliografía en castellano que puede resultar útil para aquellos que quieran profundizar en el estudio del maltrato infantil, se presenta en el capítulo cuarto.

Por último, en el capítulo quinto se enumeran los organismos e instituciones con las direcciones y teléfonos de contacto.

Niños maltratados

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez Gonzalez C (dir). (Derechos de autor cedido a UNICEF)

Díaz de Santos. 1997

380 páginas. Formato 20 x 26 cms.

Libro que desarrolla desde un enfoque sanitario, todos los aspectos del maltrato infantil (físico, psicológico, sexual, negligencia); profundiza en cada uno de sus tipos, en la epidemiología, clínica, métodos diagnósticos, prevención, tratamiento y aspectos sociales y legales. Presenta una extensa bibliografía que ofrece una visión completa e integral del maltrato infantil.

Consta de prólogo y 39 capítulos escritos por 40 expertos que desarrollan su actividad profesional en 9 provincias y dos en Estados Unidos, la mayoría profesionales sanitarios, médicos especialistas en pediatría, neonatología, medicina del adolescente, traumatología infantil, radiología, medicina legal, asistencia a niños en centros de protección y reforma, otros médicos con amplia experiencia en maltrato infantil; también fiscal, psicólogos y trabajadores sociales.

Manual de Protección Infantil

Paúl J, Arruabarrena MI.

Masson. 1996.

500 páginas. Formato 16 x 24

El manual trata los aspectos esenciales de la intervención profesional en el campo de la protección infantil.

Esta compuesto de cinco partes integradas a su vez por varios capítulos:

Situaciones de desprotección infantil: descripción y etiología; Marco jurídico de la protección infantil en España y en las Comunidades Autónomas, Detección, valoración, y toma de decisiones en las diferentes situaciones de desprotección infantil; Diferentes alternativas de intervención terapéutica y preventiva; y, Recursos de intervención en protección infantil

Niños maltratados

Kempe RS, Kempe CH..

Morata. 1979

230 páginas. Formato 13 x 19 cms.

El libro de indudable valor histórico, es la traducción al español del original Child abuse (Kempe RS, Kempe CH. Open Books Publishing, Ltd., London. 1978) libro pionero en Estados Unidos y en todo el ámbito internacional que libro recoge la visión existente del maltrato infantil en los primeros años de su estudio y como consecuencia de la publicación del artículo *The battered child syndrome* en JAMA en 1962.

A pesar del tiempo transcurrido muchos, de los aspectos son de gran actualidad ya que muchas de las cuestiones planteadas aún no han sido superadas o resueltas.

Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos

López F.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1995

107 páginas. Formato 21 x 28 cms.

Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores

López F, López Gómez de Cadiz B, Fuertes J, Sanchez JM, Merino J

Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. 1995

220 páginas. Formato 21 x 28 cms

ATENCIÓN
Abuso Sexual
INFANTIL



Instituto Madrileño del Menor y la Familia
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

V. DIRECCIONES DE INTERÉS

V. Direcciones de interés

Instituto Madrileño del Menor y la Familia

♦ Comisión de Tutela del Menor

c/ Gran Vía, 14
28013 - Madrid
Tfno. 91.580.38.26 /36.26 Fax.

♦ Programa para la Atención al Maltrato Infantil

c/ Santa Tecla, 3
28022 - Madrid
Tfno 91.741.27.71 / 91.741.77.62 Fax. 91.320.47.19
E-mail: maltratoinfantil@comadrid.es

Dirección General de la Mujer

Servicio de Atención Social a la Mujer (Tfno. 91.580.46.84)
Servicio de Orientación Jurídica (Tfno. 91.580.47.12)
Consejería de Asuntos Sociales
C/ Gran Vía, 12
28013 - Madrid

Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME)

c/ Hermenegilda Martínez, 10
28002 - Madrid
Tfno. 91.322.37.88

Fiscalía de Menores

Paseo General Martínez Campos, 27
28010 - Madrid
Tfno. 91.319.82.33

Servicio Social de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE)

Tfno. 900.100.333 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Asociación de Víctimas de Agresión Sexual

Tfno. 91.574.001.10

Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia

Consejería de Educación. Comunidad de Madrid
c/ Donoso Cortés, 26
28015 - Madrid
Tfno. 91.446.38.53

Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid

c/ Serrano, 110
28006 - Madrid
Tfno. 91.563.44.11

Teléfono del Niño y del Adolescente (Fundación ANAR)

Avda. América, 24, 1ª planta
28028 - Madrid
Tfno. 900.20.20.10 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia

c/ Delicias, 8 entreplanta
28045 - Madrid
Tfno. 91.530.88.26

Centro de Salud Sandoval

Consejería de Sanidad
c/ Sandoval, 7
28010 - Madrid
Tfno. 91.445.23.28

Servicio de Salud Mental

Consejería de Sanidad
C/ Conde de Peñalver, 63
28006 – Madrid
Tfno. 91.580.46.76