

Violencia doméstica. Abordaje en el primer nivel de atención. Enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual

Dra. Jacqueline Cano ¹

Resumen

El abuso sexual es una de las formas de maltrato infantil de mayor dificultad para llegar al diagnóstico ya que las lesiones son generalmente un hallazgo y requiere la conformación de un equipo interdisciplinario que aporte desde diferentes perspectivas para alcanzarlo.

Es necesario tenerlo presente en la medida justa para no caer en el subdiagnóstico, realizando un examen físico completo en toda consulta pediátrica, desde las de control hasta las que tienen un relato poco verosímil como causa de lesiones.

Palabras clave: ABUSO SEXUAL INFANTIL
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS
DIAGNÓSTICOS

El abuso sexual es una de las formas de maltrato infantil, llegar a diagnosticarlo requiere de la integración de un equipo multidisciplinario para el aporte de diferentes visiones del mismo problema.

En general se presentan los pacientes con varios elementos orientadores del diagnóstico, aunque a veces puede tratarse de un hallazgo en una consulta de rutina, pero es necesario llegar a la convicción para afirmar el diagnóstico.

La convicción puede darse por elementos objetivos físicamente o a través de resultados de laboratorio, pero también pueden convencer al profesional elementos del relato que resulten característicos e imposibles de

conocer por el niño, niña y adolescente si no hubiera atravesado la situación del abuso.

Una herramienta útil que es utilizada en varios países (EE.UU., Canadá, Francia, Alemania y Bélgica) es el Statement Validity Analysis (SVA). Procede progresivamente en etapas pautadas con un equipo entrenado, protegiendo la salud mental del niño y evitando la victimización secundaria del reinterrogatorio por varias disciplinas. Genera una relación de confianza para que el niño se exprese y utiliza medios técnicos de filmación para poder repasar sobre las respuestas y actitudes sin recurrir nuevamente al interrogatorio. Además todo se aplica en una cámara de Gessell, permitiendo de esta forma que se pueda presenciar la entrevista y en algún caso profundizar en un punto.

En setiembre de 2004 nos visitó la Dra. Julie Sova Ellefson de la Corner House de Minneapolis (EE.UU.) y nos presentó el sistema que ellos utilizaban en pericias de niños víctimas de abuso sexual.

En este equipo actúa como asesor de la justicia, realiza el diagnóstico y no interviene en el tratamiento del paciente, garantizando independencia técnica del diagnóstico.

Podríamos definir abuso como la introducción de cualquier actividad de connotación sexual no acorde a la edad y desarrollo del niño, niña y adolescente. De esta forma quedan incluidas múltiples actividades, desde la exposición a materiales visuales hasta actividades físicas.

Tendríamos que diferenciar el abuso que se produce en el entorno de la víctima y por alguien de su confianza, del que ocurre fuera de él, al que denominamos atentado sexual y es perpetrado por un desconocido.

Como dijimos al diagnóstico de abuso se puede llegar en una consulta de control, de rutina, en ese caso

1. Profesora Adjunta del Dpto. Medicina Legal Facultad de Medicina UDELAR. Ex integrante del Comité de Maltrato Infantil de la SUP. Comisión Normativa y Asesora MI del CHPR
Fecha recibido: 4 de mayo de 2010.
Fecha aprobado: 22 octubre de 2010.

puede surgir como un relato espontáneo del paciente como un hecho reciente o antiguo, pero también puede ser sospechado por el profesional de la salud por actitudes del paciente y hallazgos físicos no explicados además también la sospecha puede originarse en un tercero (maestro, familiar, cuidador, etcétera) que conduce al niño a la consulta.

El diagnóstico médico legal se integra de tres grandes ítems: examen físico de la víctima, del abusador y de la escena, cada uno de ellos además es integrado por varias partes dependiendo de cómo se hayan producido los hechos. Entonces si el relato es espontáneo es necesario atenderlo y realizar un interrogatorio acorde a ese relato con el fin de completar la anamnesis.

La asistencia será diferente si se trata de un hecho reciente o crónico, de si existen lesiones o no, que pueden ser objetivables o confirmarse posteriormente mediante estudio de muestras (enfermedades transmisibles, embarazo, sin olvidar afectación psicológica).

El tratamiento del paciente varía según la antigüedad del episodio y también se afecta el tratamiento y recolección de las muestras e indicios (restos, manchas de sustancias orgánicas, estado de las vestimentas).

Respecto del abusador o probable abusador importa el examen físico y la compatibilidad anatómica del relato, del ADN con las muestras y el examen psicológico.

En los casos de abuso agudo de denuncia rápida se pueden recolectar muestras del lugar o escena (pelos, fibras, semen, sangre) que se derivan conservando la cadena de custodia al laboratorio del ITF (Instituto Técnico Forense) y al laboratorio de Policía Técnica.

Es frecuente el uso de términos como himen o ano complaciente, que no tienen un valor diagnóstico aislado ya que depende en gran medida del examinador, motivo por el cual es necesario el entrenamiento en el examen del periné normal para poderlo diferenciar del examen con alteraciones, tampoco es de valor diagnóstico que el niño adopte la posición de examen con facilidad ya que en general fue revisado por varios técnicos y sabe en qué posición lo queremos ver.

El hallazgo de lesiones es justamente un hallazgo, no es la situación más común en los casos de probable abuso y aun en los de abuso diagnosticado, dependiendo de variadas circunstancias (métodos utilizados, tiempo transcurrido, entre otros).

De todas formas se dividen las lesiones en tres grandes localizaciones para facilitar su estudio, además de presentar diferentes presentaciones dependiendo de la edad de la víctima.

Es así que se divide en lesiones **extragenitales**, que abarcan toda la superficie corporal restante y se caracterizan por ser lesiones vinculadas a la reducción o sujeción de la víctima y son características de individuos que

oponen resistencia al abuso vinculado con mayor edad. El tipo de lesión va de las más superficiales a las más graves y profundas según el caso (excoriación, heridas por arma blanca o de fuego).

Lesiones **genitales** a nivel de labios mayores y menores, horquilla, introito, vagina, himen, que dependerán de la edad de la víctima y de las diferencias anatómicas respecto del agresor. También se pueden hallar lesiones que orientan a la cronicidad y antigüedad.

Lesiones **anales** a nivel de pliegues y mucosa, desde erosiones a desgarros y también elementos de cronicidad como el avance del epitelio más allá de la margen anal, borramiento de pliegues, ano atónico o infundibuliforme.

En general predominan las lesiones extragenitales en las víctimas mayores que se defienden y las genitales en los menores ya que ofrecen una menor resistencia y lo predominante es la diferencia anatómica con el agresor.

Las formas de abuso sin evidencias físicas seguramente sean las más frecuentes, entre ellas presenciar la violencia y abusos, los tocamientos, entre otros, determinando secuelas desde el punto de vista emocional que pueden manifestarse en cambios de la conducta habitual del niño, niña o adolescente.

La extracción de muestras se ve limitada por el tiempo, así que cuanto más cercana al episodio será mejor, especialmente en el caso de los exudados vaginal, anal y orofaríngeo. Además de extraerse muestras sexológicas para búsqueda de enfermedades de transmisión sexual (VDRL, FTA, HIV, hepatitis B y C)

La conducta diagnóstica varía según la presentación y los hallazgos, así como las interconsultas.

Nos podemos enfrentar a dos diagnósticos claros de certeza: en el primero claramente no se trata de abuso y en el otro extremo la certeza es afirmativa, no puede ser otra cosa que un abuso.

Las situaciones problemáticas son las intermedias, con diferentes grados de probabilidad.

Las posibilidades serían entonces: un examen físico normal (certeza negativa no es abuso), con anomalías leves (congestión que puede ser por parasitosis o vulvovaginitis, irritación, erosiones), un examen con alta probabilidad de ser un cuadro de abuso por presentar desgarros podría tratarse de un accidente que se evaluará, ETS (sífilis, gonococo) o de certeza hallando semen, lesiones groseras o embarazo.

El valor de los resultados de laboratorio de ETS confirmada es diferente según cada una de las infecciones, para el gonococo es fundamental el cultivo, para las clamydias puede ser de transmisión vertical hasta los dos años de edad con madre infectada en el parto afectando la vía aérea alta con la posibilidad de reinfección.

nes. Las tricomonas se observan por transmisión vertical y horizontal también por fomites y hacinamiento. En el caso del HPV tiene un largo período de incubación pudiendo aparecer hasta los tres años por transmisión vertical, las localizaciones cutáneas de las verrugas y las géinitoanales son diferenciables por tipificación viral.

En el caso de HIV y hepatitis B y C pueden ser de transmisión vertical si existe el antecedente materno, de no ser así se pueden comparar las líneas virales.

Cuando estamos frente a estos diagnósticos de sospecha (diferentes grados de probabilidad) la conducta es separar al niño, niña o adolescente del medio por la vía del amparo internándolo en el Centro Hospitalario.

Durante el tiempo de internación se pueden evaluar el relato, la observación de los vínculos, da tiempo a realizar interconsultas, valorando no sólo a niño sino también a los integrantes de su entorno, esperar resultados de muestras extraídas al ingreso.

Finalmente podremos arribar a cuatro grandes diagnósticos:

1. certeza que no se trata de un abuso;
2. posibilidad variable de tratarse de un abuso;
3. alta probabilidad de ser un abuso;
4. certeza de abuso.

En los casos de certeza se realiza la denuncia, dirigida al juez de familia, o penal o adolescentes según el caso. Realizando un informe único y multidisciplinario donde se refleje el enfoque de cada integrante del equipo.

Las dificultades están en los casos de variable grado de probabilidad y posibilidad en ellos se realizan notificaciones en los más probables informando que se llegó hasta ese nivel de alta probabilidad y en otros de menor probabilidad se decide un seguimiento del caso con controles cercanos y visitas.

Referencias bibliográficas

1. **Berro G.** Incesto: Disfunción familiar. *Rev Investig Criminall* 1989(1): 53-66.
2. **Bonnet E.** Sevicias y malos tratos a menores. *Medicina Legal*. 2 ed. Buenos Aires: López Libreros Editores, 1980: 474-86.
3. **Borges JF, Lombardi E, Mercant M.** Aspectos médico-legales del niño maltratado. En: *Medicina Legal*. Montevideo: Oficina del Libro-AEM, 1988: 118-24.
4. **Castellano Arroyo M.** Violencia en el medio familiar. En: Calabuig G. *Medicina Legal y toxicología*. 5 ed. Barcelona: Masson, 2000: 444-8.
5. **Cherro Aguerre MA.** Cuidado con los abusos en el abuso. *Rev Urug Ginecol Infancia Adolec* 2006; 1: 10-6.
6. **De Pena M, Curbelo MC.** Maltrato infantil: marco teórico. En: Baraibar R, coord. *La salud en la infancia y adolescencia: aportes para una cobertura integral*. Montevideo: Arena, 1999: 151-65.
7. **De Pena M, Bepali Y, Eirin S.** Delitos sexuales. En: *Medicina Legal*. 2 ed. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1995: 385-402.
8. **De Pena M, Berro G, Mesa G.** Violación. En: *Medicina Legal*. 2 ed. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1995: 403-18.
9. **Di Maio VJM, Dana ES.** Homicidio en la infancia. En: *Manual de Patología Forense*. Madrid: Díaz de Santos, 2003: 157-63.
10. **Gallino G.** Abuso sexual en niñas y adolescentes. *Rev Urug Ginecol Infancia Adolec* 2002; 4 (2): 72-81.
11. **Knight B.** Muerte y lesiones en la infancia. En: *Medicina Forense de Simpson*. 2 ed. esp. México: El Manual Moderno, 1999: 147-58.
12. **Lencioni LJ.** Protocolo. Maltrato de menores. En: *Guías y protocolos para la investigación médico legal*. Rosario: Corpus, 2007: 99-104.
13. **Peroni G.** Maltrato y abuso sexual infantil: un modelo explicativo y el lugar de los profesionales. *Rev Urug Ginecol Infancia Adolec* 2002; 4 (2): 47-51.
14. **Reece R.** Manifestaciones raras del maltrato infantil. *Clin Pediatr Norteam* 1990; 4: 957-73.
15. **Rodríguez H.** Abuso sexual de niñas y niños. En: *Medicina Legal de la mujer y del niño*. Montevideo: Bibliomédica, 2007: 127-44.
16. **Rodríguez H.** Otras formas de maltrato y abuso infantil. En: *Medicina Legal de la mujer y del niño*. Montevideo: Bibliomédica, 2007: 145-9.
17. **Rodríguez H.** Maltrato y abuso sexual en menores: una revisión crítica. Granada: Comares, 2006.
18. **Rueco MC.** Síndrome del menor maltratado. *Rev Investig Criminal* 1989; 3 (1): 29-31.
19. **Simonin C.** Sevicias a los niños. En: *Medicina Legal Judicial*. 2 ed. Barcelona: Jims, 1980: 276-80.