

EL ABUSO SEXUAL A MENORES.

RODES LLORET F¹, MARTÍ LLORET JB², GINER ALBEROLA S³, DORADO FERNÁNDEZ E⁴, JIMÉNEZ MORENO S⁵.

RESUMEN.

Se aborda en el presente trabajo el abuso sexual a menores desde diferentes perspectivas: la figura del pederasta, epidemiología, obligación de su denuncia, tipos de abuso sexual en la infancia, indicadores del mismo y el examen pericial de la víctimas.

Palabras clave: Abuso sexual, menores, pederasta.

CONCEPTOS BASICOS.

Se entiende por abuso sexual infantil: "Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto" (1).

Para que exista abuso sexual, no es imprescindible la existencia de contacto físico del adulto con el niño, aunque es frecuente, en forma de tocamientos en los genitales o incluso penetración anal o vaginal.

También es abuso sexual:

- la utilización del niño como objeto de estimulación sexual, como ocurre cuando se induce o fuerza al niño a que realice tocamientos sobre el adulto.
- aquel realizado sin contacto físico, como ocurre en la exhibición de genitales a un niño, solicitud indecente, realización del acto sexual o masturbación en presencia del niño, etc.

1 Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Alicante.

Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.

2 Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.

3 Jefe de Servicio de Patología Forense del Instituto del Medicina Legal de Alicante. Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.

4 Instituto de Medicina Legal de Alicante.

5 Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández

Correspondencia: Fernando Rodes Lloret, Instituto de Medicina Legal de Alicante, Palacio de Justicia de Benalúa, 03007. Alicante. ESPAÑA. E-mail: rodes_fer@gva.es.

Un concepto más amplio de abuso sexual infantil, es el que establece que:

"Todas aquellas caricias que incomoden, hagan daño, o generen sentimientos de culpabilidad en el niño, pueden ser abuso sexual"(2).

El pederasta.

El término pederastia procede del vocablo griego "paiderastía", que a su vez proviene de "pais, paidos": niño y "erastes": amante y significa: abuso deshonesto cometido contra los niños.

El pederasta viene recogido en las actuales clasificaciones de psiquiatría como pedófilo (DSM-IV) o paidófilo (CIE-10).

Puede tratarse de un familiar directo del niño, como el padre, padrastro, hermano u otro pariente, de un conocido, como un amigo, la persona que lo cuida, un vecino, un maestro, etc. o bien de un desconocido (3).

Pedofilia.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (4), incluye dentro de los Trastornos sexuales y de la identidad sexual, a la

Pedofilia (302.2), estableciendo los siguientes criterios para el diagnóstico:

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Este manual destaca, entre otras cosas, que:

- los pedófilos declaran sentirse atraídos por los niños dentro de un margen de edad particular y que algunos sujetos prefieren niños, otros niñas y otros ambos sexos.
- los pedófilos que se sienten atraídos por las niñas, generalmente las prefieren entre los 8 y 10 años, mientras que los que se sienten atraídos por niños, los prefieren algo

mayores.

- la pedofilia que afecta a las niñas como víctimas es mucho más frecuente que la que afecta a los niños.
- el curso de la pedofilia es habitualmente crónico.

Paidofilia.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (5), incluye dentro de los Trastornos de inclinación sexual, la Paidofilia (F65.4):

"Se trata de una preferencia sexual por los niños, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana....

La paidofilia se presenta raramente en mujeres.

Los varones que abusan sexualmente de sus propios hijos prepuberales suelen abordar en ocasiones también a otros niños, pero en ninguno de estos casos hay nada más en su comportamiento que sugiera una paidofilia."

Podríamos considerar el siguiente, como el perfil-tipo del pederasta español (6):

- varón
- mayor de 35 años
- sin antecedentes delictivos

- integrado en su entorno social
- profesional cualificado o jubilado
- no consumidor de alcohol u otras drogas.

No hay que olvidar, por otra parte, que en algunas enfermedades como la demencia, se produce de forma paulatina y progresiva una pérdida del juicio crítico y desinhibición, siendo frecuentes los atentados sexuales, con predilección sobre los niños debido a la mayor facilidad de convicción de los mismos. Suelen ser delitos sin violencia, como exhibicionismo, atentados leves al pudor, tocamientos, etc.

Estos atentados sexuales, se suelen producir en el "período médico-legal", que corresponde a los primeros momentos del proceso demencial. A medida que la demencia progresa, estos enfermos son lógicamente, menos peligrosos (7).

EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

El abuso sexual infantil ha sido y es muy frecuente en nuestra sociedad, aunque en la mayoría de las ocasiones queda sin descubrir, como ocurre cuando el niño es pequeño y no se le han causado

lesiones físicas.

Es un fenómeno antiguo. Camps (8) estudia 14 delitos sobre la libertad sexual ocurridos en Lleida durante el siglo XV, llamando la atención que en el 43 % de los casos, la víctima es un menor o adolescente (tabla 1).

AÑO	VÍCTIMA	AGRESIÓN
1400	Adolescente	Violación
1401	Prostituta	Violación
1406	Niña	Agresión sexual
1412	Viuda	Violación
1428	Prostituta	Violación
1446	Niña	Agresión sexual
1446	Mujer	Tentativa de violación
1446	Mujer	Tentativa de violación
1447	Niña	Agresión sexual
1458	Varón	Sodomía
1458	Adolescente	Violación
1485	Mujer	Tentativa de violación
1499	Varón	Sodomía
1500	Adolescente	Agresión sexual

Tabla 1. Delitos sobre la libertad sexual en Lleida (siglo XV).

Según Carrera (9), resultados de encuestas a población adulta, expresan que el 18.9 % manifiesta haber sufrido abusos sexuales en la infancia, siendo las niñas de 11 y 12 años la población de mayor riesgo.

La ONG Medicus Mundi, en el dossier informativo "Los niños de la calle" (10), revela que el sexo forzado es una realidad cotidiana para los niños de la calle de Kenia. Su indefensión frente a los mayores los expone a todo tipo de

abusos. Tanto las niñas como los niños suelen sufrir agresiones sexuales contra las que prácticamente no pueden hacer nada. El agresor suele ser un adulto en busca de sexo o, simplemente, compañeros mayores que viven igualmente en la calle.

En un estudio realizado por la delegación española de la ONG Save the Children (11), se estima que en España, el 23 % de las niñas y el 15 % de los niños sufren abusos sexuales antes de los 17 años, y que en el 46 % de los casos, se repiten estos abusos más de una vez sobre la misma víctima.

Este estudio añade que, en uno de cada cuatro casos de abusos sexuales infantiles se trata de conductas muy íntimas y exigentes, como el coito vaginal o anal, el sexo oral y la masturbación. Considera como factores de riesgo: ser niña, tener entre 10 y 13 años y tener problemas familiares.

Concluye, afirmando que el 30 % de las víctimas no le cuenta sus problemas a nadie.

Según la Academia Americana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (3), en EE.UU. se denuncian anualmente 80.000 casos de abuso sexual infantil, aunque, el número de casos que no se denuncian es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de

decirle a alguien lo que les pasó.

Sin embargo, estas cifras alarmantes, contrastan con los datos obtenidos en estudios realizados en Centros Hospitalarios y en Juzgados.

En una tesis doctoral actualmente en elaboración en nuestra División de Medicina Legal y Forense, se estudian los partes médico-legales emitidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante, durante 1997 y 1998.

En esos dos años, se atendieron 49.828 urgencias infantiles, de las que se emitieron 235 partes al juzgado.

Llama poderosamente la atención, que sólo 2 de ellos corresponden a abusos sexuales: en un niño de 7 años (penetración anal por el compañero sentimental de la madre) y en uno de 4 años (abuso sexual por otro menor).

Nosotros (12), hemos estudiado las denuncias formuladas por malos tratos físicos en el ambiente familiar, en el Partido Judicial de Elche (Alicante), durante el año 1990.

De un total de 81 casos denunciados, solo 4 correspondían a niños: de 6, 8 (dos), y 12 años, lo que supone, el 4.9 % de las denuncias. Es importante señalar que ninguno

de estos 4 casos correspondía a abuso sexual, sino que se trataba de maltrato físico.

Ambos estudios, vienen a corroborar que no todos los menores que sufren abusos sexuales, son asistidos por personal médico y mucho menos son conocidos a nivel judicial.

Esto, es debido a que en numerosas ocasiones, el abuso sexual no produce daño físico, aunque sí psicológico, en el menor, como ocurre cuando existen tocamientos, y además, con frecuencia, el niño oculta lo ocurrido por respeto o temor hacia el adulto que abusó de él.

Para algunos autores (9), se acepta que por cada caso de malos tratos detectado, existen otros diez sin detectar, lo que da una idea de la magnitud del problema.

OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR.

La sospecha de que un menor está siendo objeto de abuso sexual debe llevar a su denuncia.

Destacamos tres textos legales, que hacen referencia a esto.

A) La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece:

Artículo 13.

Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.

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 comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

B) La Ley de Enjuiciamiento Criminal, recoge la obligación de denunciar:

Artículo 262.

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.

Si la omisión en dar parte fuere de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni

superior a 250.

Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además, en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.

Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes.

C) El Código de Etica y Deontología Médica, de la Organización Médica Colegial, establece:

Artículo 30.

2. El médico que conociere que cualquier persona, y más aún 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 competente.

TIPOS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

Básicamente, se pueden resumir en cuatro los tipos de abuso sexual infantil:

- Tocamientos del adulto al niño

- Tocamientos del niño al adulto
- Atentado pederástico
- Penetración vaginal

a) Tocamientos del adulto al niño.

Estos tocamientos pueden ser realizados con los dedos, el pene o incluso utilizando cuerpos extraños y recaen casi siempre, en la región genital o anal.

Dependiendo de la violencia que se utilice y de la edad de la víctima, los tocamientos podrán producir lesiones en el menor, que habitualmente, son de escasa gravedad, siendo, por otra parte, frecuente, la ausencia de las mismas.

b) Tocamientos del niño al adulto.

No hay que olvidar este tipo de abuso sexual, en el cual el adulto obliga al niño a realizarle tocamientos sobre sus genitales, con frecuencia obligándole a masturbarle. Evidentemente, no quedan señales físicas en el menor, pero sí psicológicas y muy importantes.

c) Atentado pederástico.

Consiste en la introducción del pene a través del ano del menor. Es una forma de abuso sexual muy frecuente y puede ocasionar lesiones anorrectales en función

de la desproporción existente entre las partes y si se ha realizado de forma brusca o contando, mediante engaño, con la permisividad del niño.

d) Penetración vaginal.

Es menos frecuente. Se acompaña habitualmente de lesiones graves, por la desproporción existente entre los genitales del adulto y de la niña.

Gisbert Calabuig (13), refiriéndose a las lesiones genitales en los casos de penetración vaginal, establece que:

- En las niñas menores de seis años, el coito es anatómicamente imposible, pues el ángulo subpúbico es aún muy agudo, constituyendo una verdadera barrera.
- En las niñas de seis a once años, es ya posible la cópula, pero las dimensiones de los genitales son tan reducidos que la penetración del pene de un adulto lleva aparejada la rotura del periné o incluso del tabique rectovaginal.
- A partir de los once años, se produce la rotura del himen y si existen otras lesiones genitales su gravedad varía en función de la fuerza empleada.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

No hay niño preparado psicológicamente para hacer frente al estímulo sexual. Por un lado, el niño de dos-tres años, que no sabe que la actividad sexual a que le están sometiendo es "mala", desarrollará problemas como resultado de su inhabilidad para hacer frente a la sobre-estimulación.

Por otro, el niño de cinco o más años, que conoce y aprecia a la persona que está abusando de él, se siente atrapado entre el afecto, lealtad o respeto que siente hacia la misma y el conocimiento de que lo que está haciendo o sufriendo está mal (3).

Se pueden considerar, entre otros, como indicadores de que un niño está siendo objeto de abuso sexual, los siguientes (3) (14):

- demuestra conocimientos o comportamientos sexuales inusuales para su edad
- trata de evitar todo lo de naturaleza sexual
- tiene dificultades para sentarse o caminar
- depresión o aislamiento de sus amigos y familia
- comportamiento seductor o simula tener actividad sexual con otros compañeros

- menores o de su edad
- dice que tiene el cuerpo sucio o tiene miedo de que haya algo malo en sus genitales
- evidencia de abusos sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías
- agresividad excesiva
- cambios severos en su comportamiento.

EXAMEN PERICIAL.

El examen que el perito médico deberá efectuar sobre un menor que ha sido maltratado sexualmente, reúne unas características propias.

En primer lugar, hay que ganarse la confianza del niño. Es un ser que ha sufrido mucho y quizá sea reacio a ser reconocido.

Se debe examinar la región genital con detenimiento, para buscar señales que evidencien las agresiones sufridas, aunque el examen no debe limitarse solo a esa región, sino que debe extenderse al resto del organismo: región mamaria, cara, etc.

Región anal:

La existencia de lesiones en esta región, como hemos comentado anteriormente, está en función de dos factores:

- la desproporción de volumen entre el objeto agresor (habitualmente el pene) y el esfínter anal
- la violencia empleada.

Se pueden encontrar lesiones anorrectales como excoriaciones, desgarros o grietas de la mucosa anal, pérdida de la disposición radiada del esfínter anal, e incluso llegar a la parálisis del mismo.

Es frecuente la existencia de escozor o dolor al andar y sobre todo al defecar, lo que da lugar en algunos niños a un estreñimiento pertinaz.

Las lesiones descritas, evolucionan, por lo general en un plazo muy breve, de ordinario menor de cinco días (13).

Aunque, en ocasiones, cuando el niño es mayor y no ha existido violencia, sino que la penetración ha ido precedida de tentativas lentas o incluso utilizando alguna sustancia lubricante, puede no encontrarse ninguna lesión que delate el atentado cometido. En estos casos es de extrema importancia la toma de muestras en la región anal.

El tacto rectal permite explorar la tonicidad muscular y comprobar si existe una parálisis del esfínter.

Región vaginal:

Puede haber una vulvovaginitis traumática, que consiste en una

inflamación vulvovaginal tras tocamientos con los dedos. Existirá en este caso: dolor, tumefacción, enrojecimiento y en ocasiones flujo purulento, pudiendo incluso llegarse a producir desgarros en el himen con los dedos del agresor.

En los casos más graves, habrá lesiones importantes, como desgarros del periné o incluso del tabique rectovaginal.

Región bucal:

Lo habitual es la inexistencia de lesiones a este nivel. Es muy importante aquí, la toma de muestras.

Otras regiones (lesiones a distancia):

Hay que examinar, además de las regiones mencionadas, el resto del organismo, buscando lesiones en muslos, escroto, región mamaria, cuello, etc.

Podremos encontrar lesiones en la cara, sobre todo, alrededor de la boca, en un intento del agresor de silenciar los gritos de la víctima.

TOMA DE MUESTRAS.

Desde una perspectiva médico-legal, hay que destacar la gran importancia de la toma de muestras en este tipo de

agresiones.

En ocasiones, una correcta toma de muestras procedente tanto de la víctima como del presunto agresor permitirá confirmar o descartar la autoría del mismo.

Siguiendo las "Normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología" (BOE 23/12/96) (15), en los casos de abuso sexual, se realizarán:

- 1- Tomas vaginales, anales y bucales para estudio de restos de semen.
 - con hisopos secos y estériles
 - mediante lavado con suero fisiológico estéril
- 2.- Recogida de manchas de semen y pelos del agresor en las prendas de la víctima.
- 3.- En ocasiones se recogerán muestras de sangre de la víctima y del agresor para estudio de ADN y comparar su perfil genético con el de los restos de semen.
- 4.- Toma vaginales, anales y bucales para estudio de enfermedades de transmisión sexual.

Estas muestras deberán remitirse en recipientes adecuados y por el medio más rápido posible al laboratorio. Asimismo, también es importante

que se acredite en todo momento la observación de la "Cadena de custodia" desde la toma de muestras hasta su recepción en el laboratorio.

Cuando el abuso sexual ha consistido, en tocamientos del niño al adulto, o de este hacia el niño y no ha existido eyaculación, difícilmente la toma de muestras proporcionará resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

1. Lopez Martín E. Maltrato infantil. Mayo-1996. URL: <http://www.um.es/facpsi/maltrato>.
2. Ontiveros Soto J. Maltrato infantil, entre la inocencia y el dolor. 1996. URL: <http://www.debate.com.mx/reportajes/maltrato.htm>.
3. American Academy of child and adolescent psychiatry. El abuso sexual a los niños. Abril-1998. URL: <http://www.parentsandbooks.org/publications/apntsfam/sexabuse.htm>.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
6. Diario El Mundo 1999, Sept 19; p. 35.
7. Rodes F, Martí Lloret JB. Valoración médico-legal del enfermo mental. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1997.

8. Camps Surroca M, Camps Clemente M. Los delitos contra la libertad sexual en Lleida en el siglo XV. Orfila 7 1995: 87-103.
9. Carrera Manchado. Detección de los malos tratos y la falta de cuidados en el niño. URL: <http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Maltrato.htm>.
10. Medicus Mundi. Los niños de la calle. Diciembre 1996. URL: <http://www.med.unex.es/medmund/infomundi/ncalle.html>.
11. Diario El Mundo 1999 Jun 23; p 37.
12. Rodes Lloret F, Giner Alberola S, Martí Lloret JB, Moreno A, Jiménez Moreno S. Malos tratos en el ámbito familiar. Acta Medicinæ Legalis et Socialis, vol XLI, pp 181-192. 1.991.
13. Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Salvat. 1998.
14. Maltrato infantil. URL: <http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/escuela.htm>.
15. Normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología. BOE nº 308, de 23-diciembre-1996.