

ORIGINAL DE DOCENCIA

EVALUACIÓN MÉDICO-LEGAL DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. REVISIÓN Y PUESTA AL DÍA (2024)

MEDICO-LEGAL EVALUATION OF CHILD SEXUAL ABUSE. OVERHAUL & UPDATE (2024)

Hugo Rodríguez Almada¹; Frances Borches Duhalde¹; Natalia Bazán Hernández¹; Irene García Maggi²; Matilde di Lorenzo²

1. Médico legista. Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay)
2. Psiquiatras pediatras forenses. Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay)

Enviado: 14.06.24 | Revisado: 22.07.24 | Aceptado: 25.07.24

DOI: 10.59457/cmef.2024.27.01.doc02

Cuad Med Forense. 2024; 27(1):43-56

Resumen

El diagnóstico de abuso sexual infantil casi siempre es un difícil desafío para médicos, psicólogos y psiquiatras forenses. Particularmente en los niños pequeños, en que suele no haber penetración vaginal o anal, y el agresor está amparado en relaciones de poder intrafamiliares. Esto hace que los hallazgos periciales difieran completamente de los que se observan en las víctimas adultas. Los peritos deben conocer la sensibilidad y especificidad de los signos y síntomas asociados al abuso sexual para evitar diagnósticos erróneos. Se jerarquiza especialmente el valor de la entrevista a la presunta víctima y la necesidad de que se lleve a cabo bajo estándares que permitan darle valor probatorio. En esta puesta al día 2024 se discute el valor diagnóstico de los signos y síntomas atribuibles al abuso sexual infantil y formulan diez reglas básicas a tener en cuenta para el trabajo médico-legal en la materia.

Abstract

Diagnosing child sexual abuse is always a difficult challenge for forensic physicians, psychologists, and psychiatrists. This is particularly true for young children, where there is usually no vaginal or anal penetration, and the aggressor is protected by intra-family power relations. This makes the expert findings completely different from those seen in adult victims. Experts must be aware of the sensitivity and specificity of the signs and symptoms associated with sexual abuse to avoid misdiagnosis. Special emphasis is placed on the value of the interview with the alleged victim and the need for it to be conducted under standards that allow it to be given probative value. This 2024 update discusses the diagnostic value of the signs and symptoms attributable to child sexual abuse and formulates ten basic rules to be considered for medico-legal work on the subject.

Palabras clave:

Abuso sexual infantil;
ASI;
Informe pericial;
Lesiones himeneales;
Enfermedades de transmisión sexual;
Hallazgos anales;
Medicina forense;
Psiquiatría forense.

Key words:

Sexual Abuse of Child;
SAC;
Expert opinion;
Hymen injuries;
Sexually transmitted;
Diseases;
Anal findings;
Forensic medicine;
Forensic psychiatry.

Correspondencia:

Hugo Rodríguez Almada

E-mail: hrodriguez@fmed.edu.uy

INTRODUCCIÓN

Según una definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud, el abuso sexual infantil *"consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona"* (1).

En algunas legislaciones, el abuso sexual constituye un tipo penal autónomo, en cuyo caso, y a los efectos de la persecución criminal y la investigación forense, corresponde atenerse a la definición legal.

El diagnóstico de abuso sexual infantil generalmente constituye un desafío difícil. Las consecuencias de un error pericial en la materia son graves, tanto cuando se pasa por alto el abuso sexual como cuando se arriba a su diagnóstico erróneo (2).

En tal sentido es prioritario tener en cuenta que el abuso sexual infantil (ASI) presenta características distintivas que, a los efectos del trabajo pericial, lo diferencian nítidamente de los atentados sexuales practicados sobre personas adultas, a saber:

- a. La mayoría de los casos son intradomiciliarios o son perpetrados por personas muy allegadas; alrededor de un tercio tienen carácter incestuoso.
- b. La mayoría de los casos de abuso -muy especialmente en edades menores de los 6 años- no incluyen una verdadera penetración vaginal o anal del pene (2-7).

Estas dos características son determinantes de los hallazgos clínicos (anamnesis y examen físico) que deberá buscar y podrá encontrar el médico forense para fundar su diagnóstico. También explican las sustanciales diferencias en cuanto a los hallazgos periciales esperables

en los atentados sexuales, según sean las víctimas personas adultas o niños.

Por ello, los criterios diagnósticos de las agresiones sexuales en personas adultas no son aplicables mecánicamente al abuso sexual infantil. De hecho, ello determinaría que pasaran desapercibidos la mayoría de los diagnósticos (v.g.: ante un examen genital normal) y supondría el riesgo de sobrediagnósticos (v.g: por interpretación errónea de lesiones genitales, como traumatismos accidentales o infecciones banales por contagio no venéreo). Cualquiera de estos errores diagnósticos, en más o en menos, supone un daño iatrogénico para los niños y las familias, que se ha denominado abuso pericial.

El presente artículo es una actualización sobre la evaluación médico-legal en los casos de sospecha o denuncia de ASI. Constituye una revisión narrativa que tiene como propósito una puesta al día de las pautas propuestas en 2010 y que a la fecha requieren necesarios ajustes y actualizaciones (8).

POSIBLES PATRONES PERICIALES

Los posibles hallazgos periciales en un niño o niña sexualmente abusado son extraordinariamente variables: desde verdaderas destrucciones del aparato genital hasta la total ausencia de signos objetivables.

Más allá de esta variabilidad, es posible establecer dos grandes patrones de presentación bien definidos, que están en función del crecimiento y el desarrollo de los niños.

En menores de 6 años el patrón de presentación predominante del abuso sexual es completamente diferente al que se observa en las personas adultas. Mientras tanto, en escolares mayores y adolescentes puede presentar manifestaciones intermedias, progresivamente equiparables a las esperables en las víctimas adultas. Este límite de los 6 años, establece la edad por debajo de la cual, según Gisbert Calabuig, en las niñas *"el coito es anatómicamente imposible"* (9). Se trata de un límite arbitrario y no libre de excepciones, pero de utilidad práctica orientativa.

En la Tabla 1 se esquematizan estas principales diferencias.

De la Tabla 1 surge que en las víctimas adultas el diagnóstico se basa fundamentalmente en la denuncia y en los signos de violencia genital, anal y/o extra-genital, todo lo que es infrecuente o excepcional encontrar en el abuso sexual infantil.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABUSO SEXUAL

Los síntomas y signos de abuso sexual infantil pueden dividirse según su sensibilidad y especificidad. Precisamente, el patrón pericial general del abuso sexual infantil se caracteriza por la presencia de algunos signos muy sensibles (se encuentran habitualmente en las víctimas de ASI), pero de muy escasa especificidad (poco confiables como dato aislado porque pueden encontrarse con frecuencia en ausencia de abuso sexual) (2,3,5,7,10). Allí estriba uno de los principales desafíos periciales del ASI, ya que obliga al perito a unir un alto índice de sospecha (frente a signos inespecíficos), a un gran sentido de la prudencia en la interpretación técnica y objetiva de tales hallazgos.

Elementos con alta especificidad diagnóstica

En la práctica médico-legal es infrecuente encontrar signos específicos que permitan hacer diagnóstico de abuso sexual infantil. Ello tiene que ver con las formas más frecuentemente adoptadas por el abuso: intradomiciliaria, perpetrado por alguien conocido que se estimula sexualmente sin que exista una verdadera penetración del pene en erección en la cavidad vaginal, canal anal u otras formas de violencia física.

No obstante, en ocasiones se comprueban elementos de alta especificidad que permiten por sí mismos hacer el diagnóstico o acercarlo sustancialmente.

Gravidez

Es el más específico de los signos, aunque es de presentación poco frecuente. La constatación de un embarazo en una niña por debajo

de la edad que las leyes de su país establecen como la mínima para consentir el coito, es una forma de objetivar el abuso sexual (2-7).

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son aquellas capaces de transmitirse por contacto sexual. Sin embargo, presentan otras formas de contagio, por lo que su especificidad como signo de abuso sexual es muy variable. No basta con el diagnóstico etiológico microbiológico, sino que se debe procurar establecer la forma de transmisión en cada caso concreto en estudio (10).

Durante bastante tiempo se asumió que la detección en un niño de sífilis o una infección por *Neisseria gonorrhoeae* o por *Chlamydia trachomatis*, adquirida fuera del período perinatal, determinaban con certeza un contagio venéreo, con lo que se sellaba el diagnóstico de ASI. Sin embargo, hay suficientes comunicaciones de contagios a través de objetos contaminados o de otras mucosas, lo que obliga a actuar con prudencia en estos casos. La posibilidad de esta forma de adquisición de la infección es mayor en poblaciones que sufren malas condiciones de vida, con cohabitación, colecho, barreras al acceso a la higiene y uso compartido de baños, toallas o cepillos dentales (11-14).

Con una finalidad meramente orientativa, que no excluye el examen detenido de la singularidad de cada caso, hemos esquematizado la especificidad de la ITS en tres grandes grupos (7) (tabla 2):

Obviamente, así como el diagnóstico de una ITS en un niño, no necesariamente hace diagnóstico de ASI, excluir la vía de contagio sexual no supone excluir el ASI. De hecho, la mayoría de las víctimas de ASI no son portadoras de ITS alguna (15-16).

Signos genitales relevantes

Los signos genitales relevantes son aquellos compatibles con haber sido consecuencia de la penetración del pene o de otra forma de abuso empleada.

El hallazgo de signos genitales relevantes no es un escenario frecuente para el diagnóstico

Tabla 1. Patrones periciales por grupo de edad.

	Adultos	Niños
Lugar de ocurrencia	Extradomiciliario	Intradomiciliario
Denuncia de la víctima	Frecuente	Infrecuente
Signos genitales	Frecuentes	Infrecuentes
Signos anales	Frecuentes	Infrecuentes
Signos de violencia extragenital	Frecuentes	Excepcionales
Signos de violencia en el agresor	Posibles	Excepcionales

de abuso sexual infantil. Cuando existen, adquieren gran importancia por su elevada especificidad (16).

Es infrecuente encontrar signos genitales en las víctimas de abuso sexual infantil. Pero no tan raro es que los diagnósticos erróneos se basen en hallazgos genitales que no tienen relación con el abuso sexual. Así como un examen genital negativo no descarta el abuso sexual, la mala interpretación pediátrica o médico-legal de los hallazgos genitales suelen generar -o legitimar- denuncias infundadas. Sobrevalorar la información del examen genital en las niñas es un error conceptual y metodológico que suele derivar de extrapolar a la infancia los criterios periciales válidos en las mujeres adultas (2,7). Su resultado es, como se dijo, el subdiagnóstico de víctimas de abuso con examen genital normal y el diagnóstico erróneo de abuso sexual en niñas no abusadas.

Lesiones traumáticas vaginales: Cuando en las niñas pequeñas existe penetración vaginal se producen lesiones realmente graves, con grandes desgarros perineales o estallidos vaginales, que desencadenan cuadros agudos que requieren cirugías de emergencia, ingreso a terapia intensiva e incluso pueden causar la muerte (2).

En las niñas mayores de 6 años, y cuanto más próxima está la pubertad, los signos genitales de abuso se hacen progresivamente más asimilables a los observables en la mujer adulta.

La utilidad del uso del colposcopio para la búsqueda de lesiones genitales en casos de atentados sexuales en mujeres postpuberales está bien demostrada (17). Sin embargo, su uso en las niñas es mucho más discutido. Aunque las imágenes fotográficas obtenidas por colposcopia en las niñas pueden ofrecer una mayor contundencia probatoria, y tiene la ventaja de habilitar una segunda opinión sin un nuevo examen, la coincidencia en la interpretación de esas imágenes en niñas abusadas entre los expertos no es satisfactoria (es apenas de entre el 58% y el 88%) (18). Y en las niñas pequeñas, con maduración sexual grado 1 y 2 de escala de Tanner, el nivel de desacuerdo entre los expertos es aún mayor (19). Esta evidencia parece suficiente para desestimar su uso con fines periciales en denuncias por abuso sexual infantil.

Además de tomar en cuenta que no toda lesión genital es causada por abuso y que no todo abuso causa lesión genital, el perito debería tener presente que una gran parte de las lesiones genitales curan sin que persistan secuelas que permitan su posterior objetivación (16,20-21).

Signos en el himen: Los desgarros himeniales indican un traumatismo local, por lo que se justifica considerarlo un signo relevante de una posible penetración. Una buena exploración casi siempre permite diferenciarlos de las escotaduras congénitas, frecuentemente presentes en el borde libre del himen como variante anatómica (5,9,16-17,20-25). A cualquier

edad, la integridad de la membrana himeneal (salvo las variantes de hímenes complacientes) descarta el coito vaginal, pero no las otras formas de abuso sexual sin penetración (las más frecuentes en la infancia y las únicas anatómicamente posibles en niñas pequeñas)(2,4). Sin éxito alguno se ha intentado establecer una relación entre el diámetro del orificio himeneal y la posibilidad de haber sufrido abuso. Por el contrario, lo cierto es que ese diámetro varía en una misma niña por diversos factores, como la posición en el examen, la relajación alcanzada, la fuerza de tracción ejercida sobre los labios mayores aplicada por el perito en la maniobra de "las riendas", entre otras (10,23). En consecuencia, es muy desaconsejable basarse en la medida del orificio himeneal como un elemento a favor, y mucho menos en contra, del diagnóstico de abuso sexual. En resumen, si se

anatómica de la membrana, la magnitud del desgarró y la respuesta inflamatoria de la mujer. La Tabla 3 demuestra la variabilidad en la experiencia de diferentes autores, lo que obliga al perito a una actitud de suma prudencia al datar el momento de producción.

Otras lesiones genitales traumáticas: Otro tipo de lesiones genitales traumáticas relevantes son los desgarró y las contusiones vulvares (que pueden comprometer el introito, horquilla, clítoris, labios menores, meato uretral) causadas por maniobras de frotamiento, tocamiento o intento de penetración. Según la data de producción, pueden manifestarse por sangrado activo, sufusiones hemorrágicas o lesiones cicatrizales. Se debe extremar la cautela y el sentido común en la interpretación de estas lesiones, sin olvidar que los traumatismos de

Tabla 2. Especificidad de las infecciones de transmisión sexual para la sospecha de abuso sexual infantil.

	Especificidad	ITS
Grupo I	Mayor (+++)	Sífilis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis
Grupo II	Media (++)	VIH, VHB, herpes simple 2, HPV, Trichomonas vaginalis.
Grupo III	Menor (+)	Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, herpes simple 1, Candida albicans, Haemophilus ducreyi y Calymmatobacterium granulomatis.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VHB: virus de la hepatitis B; HPV: virus del papiloma humano.

ha desaconsejado exagerar la importancia del himen en la sexología forense (26), tener esto presente es aún más importante cuando se trata de niñas.

En consecuencia, es muy desaconsejable basarse en la medida del orificio himeneal como un elemento a favor, y mucho menos en contra, del diagnóstico de abuso sexual.

Otro aspecto relevante desde el punto de vista pericial es la data de la lesión. Aunque algunos informes periciales se pronuncian con cierta certeza, lo cierto es que el tiempo de cicatrización es altamente variable (24). Ello depende de múltiples factores, como la constitución

vulva en la infancia (a partir del primer año de vida) tienen prácticamente siempre etiología accidental. En estos casos, la lesión resultante suele ser la equimosis, el hematoma o la herida contusa de los genitales externos, hallazgos que no deberían ser confundidos jamás con lesiones originadas por abuso sexual infantil (2,3,7,10).

Vulvitis y vulvovaginitis: Son condiciones extremadamente comunes en las niñas (particularmente en las etapas de la primera infancia y la edad escolar), que los torna un motivo de consulta frecuente en pediatría. Sus causas son muy variadas: infección bacteriana, micosis, parasitosis, alergia, irritación, traumatismo,

cuerpo extraño, higiene defectuosa o excesiva, o autoestimulación. El flujo vaginal (excepto si es resultado de una infección por contagio venéreo) no debe considerarse un signo relevante de abuso sexual, aunque debe ser una alerta y justificar la investigación de esta posibilidad (2.7.23).

Lesiones genitales en niños varones: Es una eventualidad bastante rara. Se han descrito varias lesiones de pene y escroto (edema, equimosis, mordeduras, cicatrices) causadas por abuso sexual. También puede presentarse exudado uretral u otras manifestaciones clínicas o de laboratorio de una ITS.

Signos anales relevantes

Son aquellos compatibles con haber sido consecuencia de la penetración anorrectal del pene o por otra modalidad abusiva.

Para lo que atañe a los hallazgos anales en casos de sospecha de abuso sexual infantil caben algunas consideraciones similares a las realizadas respecto a las lesiones genitales. El abuso sexual suele ocurrir con indemnidad de la región anal, y esto es más cierto cuanto menor es la edad del niño. Paralelamente, existe una variedad de lesiones anales y/o rectales que no guardan relación alguna con el abuso. Al igual que ciertas lesiones genitales, pueden curar sin dejar secuelas (2,16).

A diferencia de las lesiones genitales en las que hay abundante producción bibliográfica sobre la utilidad de la colposcopia para su diagnóstico, no hay similar experiencia sobre el uso de la endoscopia o la rectoscopia para las lesiones anorrectales. Las comunicaciones en tal sentido hacen referencia a su empleo para establecer el grado de severidad en casos de lesiones ya diagnosticadas.

Otro aspecto a tener bien presente es la posibilidad de variantes anatómicas del ano, sin ningún significado patológico que, sin embargo, pueden inducir a error. El llamado "ano entreabierto" es un hallazgo nada excepcional en los controles pediátricos normales (al flexionar los muslos del niño sobre el tronco el examinador puede visualizar el canal anal). El "ano en embudo", que en algunos textos clásicos se considera signo de pederastia pasiva crónica,

no tiene valor alguno -como dato aislado- para afirmar o descartar que haya existido actividad sexual por la vía anal. Sin embargo, estos hallazgos tienen un valor para el diagnóstico de penetración anal cuando están asociadas a otros signos, como el borramiento de los pliegues radiados del margen anal, equimosis perianal, desgarró, disfunción esfinteriana o alegación auténtica del niño o la niña (3).

Especial interés para el médico forense tiene el conocimiento de la morfología anal en el cadáver. Los hallazgos anorrectales y perianales

Tabla 3. Tiempo de cicatrización de los desgarró himeneales según diversos autores.

Autor	Tiempo de cicatrización
Hoffman	2-4 días
Vibert	2-12 días
Du Salle	3-4 días
Gisbert Calabuig	3-4 días
E. Martin	3-4 días
Casas Sánchez	3-4 días
Balthazard	5-15 días
Rojas	7 días
Teke	7 días
Tedeschi	7-10 días
Casper	9-10 días
Kvitko	10 días
Lancís y Sánchez	10 días
Vargas Alvarado	10 días
Vanrell	14 días
de Pena	15 días
Tardieu	15-20 días

en el cadáver deben interpretarse con la mayor prudencia. Esto es especialmente válido para los cadáveres de niños, niñas y adolescentes, en los que en el 74% de los casos el esfínter anal se presenta dilatado: en el 32% se visualiza el canal y la ampolla rectal, en el 32% se aprecia la línea pectínea y en el 10% sólo se ve el extremo más distal del canal anal (27). Otros hallazgos autópsicos, como el ensuciamiento fecal, hiperpigmentación del área perianal o livideces cadavéricas localizadas en el periné, han sido erróneamente atribuidos a abuso sexual.

Esfínter anal: La penetración anal aguda o crónica puede dar lugar a trastornos funcionales del esfínter anal. En los casos de penetración aguda suele acompañarse de lesiones traumáticas verificables a la inspección, tales como eritema, edema, equimosis o desgarró. Si la víctima fue reiteradamente sodomizada puede encontrarse un engrosamiento de la piel perianal. Cabe insistir en que la penetración anal, aún si es crónica, puede no dejar signos objetivables, dependiendo de la modalidad en que se perpetra la agresión. La penetración anorrectal podrá causar o no lesiones traumáticas en función de cómo se combinen los siguientes factores:

- Grado de la desproporción anatómica.
- Grado de brusquedad de la penetración.
- Existencia o no de maniobras previas de dilatación.
- Uso o no de lubricación.
- Pasividad o resistencia de la víctima.

Cuando más pequeña es la víctima mayor es el daño, que puede llegar a causar el estallido rectal y la muerte, por hemorragia incoercible o peritonitis. Cuando la penetración es apenas parcial, o tiene lugar en escolares mayores o adolescentes, lo habitual es que no cause lesiones traumáticas ni permita evidenciar signos objetivables (2,7). La incontinencia fecal y el "ensuciamiento" sin lesión anatómica traumática asociada no suele ser resultado de la penetración rectal peneana. De estar ante una situación abusiva, se explicaría más como respuesta de la esfera psicológica que por un mecanismo traumático local.

Desgarro anal: La lesión más típica de la penetración anal es el llamado desgarró de Wil-son Johnston; se trata de un desgarró de forma triangular a vértice luminal y base en el margen anal a nivel del rafe medio (a la hora 6, si se examina a la víctima en posición genu-pectoral) (28). Sin perjuicio de esta presentación típica, el desgarró puede tener otras topografías y ser múltiple (21). Además, como lo ha evidenciado un estudio retrospectivo de 2013, no es un signo patognomónico de penetración rectal (29). Cuando el desgarró es reciente se acompaña siempre de sangrado y, algunas veces, de la parálisis dolorosa del esfínter. Normalmente curan a los cinco días, plazo que en los casos graves se extiende a dos semanas (9).

Otras lesiones anales: La fisura anal es una entidad de alta prevalencia en la edad pediátrica. Se la asocia con constipación, diarrea y a veces es de causa desconocida. Por ello, como hallazgo aislado, no debería motivar sospechas de abuso sexual. La inflamación o infección del ano y el recto (excepto cuando son causadas por una ITS) no son datos suficientes para diagnosticar un abuso sexual. Tampoco el prolapso rectal debe orientar al diagnóstico de abuso sexual.

Alegación del niño o la niña

El relato espontáneo de un ASI por parte de la víctima -esto es, el que surge sin que haya sido precedido por una pregunta sobre el hecho alegado- es un hecho poco frecuente, sobre todo en los casos de abuso intradomiciliario (2,3). Esto se explica por múltiples factores en interacción dinámica. No es solamente debido a amenazas del abusador, sino también a la existencia de sentimientos de vergüenza, miedo y culpa en la víctima y en ocasiones una dinámica familiar que no favorece la comunicación o evita los conflictos. En cada caso, los distintos factores del niño (edad, desarrollo neuromadurativo, funcionamiento psíquico, psicopatología), la modalidad abusiva y relacional con el abusador, el tiempo transcurrido y la dinámica familiar, interactúan, determinando un particular cuadro clínico y patrón comunicacional (30).

Si bien la alegación espontánea y el relato no mediado a través de preguntas sugestivas tiene un importante valor diagnóstico, es como se dijo, poco frecuente. Por ello, la anamnesis minuciosa acerca de las circunstancias del deleva-

miento y la sucesión de preguntas y respuestas que llevan al relato, es de gran relevancia (31).

Durante mucho tiempo se discutió si el testimonio del niño es fiable como elemento de prueba bajo el argumento que el niño es sugestionable. El relato del niño es fiable cuando es obtenido a través de preguntas no sugestivas. El niño no es más sugestionable que el adulto, aunque sí más complaciente. La sugestionabilidad está fuertemente determinada por factores situacionales. La complacencia se refiere a la tendencia a acompañar la proposición de alguien percibido como autoridad (32-34).

La palabra del niño es confiable cuando, en una circunstancia dada, restituye fielmente su conocimiento exacto de la realidad exterior o de la realidad de sí en tanto que objeto de conocimiento. Es un relato que se aproxima a algo que realmente sucedió. Por otro lado, la autenticidad es la expresión fiel del contenido de su mundo interior en todo o en parte, es lo que verdaderamente el niño cree que sucede.

En efecto, esta alegación puede no ser espontánea en sentido estricto, sin perder por ello su carácter de elemento diagnóstico de alta especificidad y valor probatorio. Por ello, la entrevista a un niño posiblemente abusado sexualmente constituye un insumo pericial de inestimable valor, que debe ser realizado por personal entrenado y de acuerdo a las condiciones permitidas por su edad (35-37).

Existen varias posibles causas que restan confiabilidad al relato infantil en tanto elemento probatorio (2,10,36-37):

- Reiteración del interrogatorio. Una de las causas más comunes es la mala práctica de prodigar los interrogatorios en el sistema de salud. Suele verse que ante una sospecha -fundada o no- se interroga al niño y ante su negativa, se reitera múltiples veces el interrogatorio, hasta que en un momento se obtiene un relato que coincide con el prejuicio del interrogador.
- Mala técnica del interrogatorio. La anamnesis debe procurar preservar la autenticidad del relato, por su valor clínico, pericial y probatorio. Cuando el interrogador induce las respuestas a través de la pregunta que formula o del lenguaje no verbal (sea

a través de gestos, de asentimiento o de incredulidad, o mediante la exteriorización de sus emociones), el relato se contamina de vocablos, interpretaciones, inferencias e ideaciones adultas y pierde todo su valor diagnóstico pericial.

- Inducción del relato. La alegación del niño puede haber sido inducida por adultos y orientarse a obtener algún beneficio secundario. Las mentiras intencionales con el objetivo de lograr un beneficio secundario, son poco frecuentes por parte de los niños. En adolescentes su frecuencia aumenta. En situaciones de conflicto parental, las posibilidades de mentiras intencionales por parte de los progenitores o cuidadores, también se incrementan.

La mayoría de las falsas alegaciones tiene su origen en intereses de personas adultas. Dentro de las causas de falsas alegaciones se han destacado las siguientes (37):

- El caso más frecuente es la inadecuada interpretación de gestos, palabras, juegos, síntomas o hallazgos físicos del niño, a los que se les adjudica una connotación sexual de origen abusivo. Estas interpretaciones pueden no tener una intención consciente y estar determinadas por las fantasías, temores y conflictos del adulto. Estas interpretaciones pueden llevar a interrogatorios inadecuados que contaminan el relato del niño.
- En otras ocasiones uno de los padres "adoc-trina" a la niña o el niño, en forma voluntaria y consciente, cuando de la falsa alegación puede obtener un beneficio secundario (v.g.: juicio de tenencia, venganza).
- Si bien son poco frecuentes, deben tomarse en cuenta dentro del campo de la psicopatología, las fabulaciones, la confusión fantasía-realidad, las patologías delirantes (particularmente la folie a deux) y los trastornos facticios (síndrome de Munchausen por poder).
- Por iatrogenia, cuando el entrevistador, desde su lugar de autoridad (judicial, policial o sanitaria) no se muestra neutro e influye en el niño en el sentido de la falsa alegación. El niño puede responder en forma complaciente

frente a personas percibidas como autoridad; en especial, cuando se le reiteran las mismas preguntas puede cambiar la respuesta para satisfacer al entrevistador.

La entrevista a niños muy pequeños y el análisis de la información obtenida son tareas complejas. Al respecto, la mayoría de los expertos desaconseja entrevistar a los menores de tres años¹⁰. Ello no obsta que algunas pautas admitan la posibilidad de valorar a las niñas y niños muy pequeños -aún los lactantes- cuando se emplean técnicas especializadas y éstas son aplicadas por técnicos competentes formados en desarrollo neuromadurativo y psicoafectivo infantil (36,38).

Algunos protocolos recomiendan que en la entrevista sólo estén presentes el niño y el examinador, como forma de lograr un relato menos influenciado por el adulto a cargo (10,36). Los niños pueden presentar angustia frente a la separación del cuidador por lo que, en estos casos, no es aconsejable la entrevista a solas. Siempre debe consignarse esta información y tomar en cuenta el sesgo que puede determinar la presencia de un tercero.

Algunas técnicas de apoyo durante la entrevista, como los dibujos o los muñecos, pueden ser de buena utilidad, a condición de ser aplicadas e interpretadas por técnicos formados y experimentados (10,36). El uso de muñecos anatómicamente detallados está claramente desaconsejado ya que introduce sesgos de difícil interpretación (39-43).

El uso de la cámara Gesell es recomendable cuando se trata de un abordaje pericial en equipo o una toma de testimonio con varios intervinientes. Esto permite evitar la duplicación de interrogatorios y la victimización secundaria y facilita el análisis de la información (2,36). Los peritos también pueden recurrir al apoyo de la video o audiograbación del testimonio o la entrevista pericial como forma de documentarla. Sin embargo, no es de recibo hacer el dictamen pericial exclusivamente en base a registros de audio o video cuya obtención no controló el perito.

En conclusión, el relato del niño es confiable y de gran valor probatorio cuando es libre y espontáneo u obtenido a través de técnicas de entrevista adecuadas que permiten valorar su autenticidad y verosimilitud (5,6).

Elementos de baja especificidad diagnóstica

El abuso sexual infantil irrumpe violentamente en la vida de la víctima y genera un impacto frecuentemente traumático con consecuencias psíquicas variables de un sujeto a otro. Sin embargo, no siempre tiene una expresión sintomática en esta edad, y el 21 a 49% de niños abusados son asintomáticos. La ausencia de expresión clínica en la infancia, no implica que no exista un daño, muchas veces el impacto traumático del abuso se expresa a posteriori, con la llegada de la adolescencia, el inicio de las relaciones sexuales o la maternidad/paternidad.

Se trata de manifestaciones más sensibles que los hallazgos físicos, pero con pobre especificidad para el diagnóstico de ASI (2,3,44-45).

Estas manifestaciones de alerta, aunque inespecíficas, suelen ser un motivo de consulta pediátrica o psicológica, o son detectadas porque llaman la atención del maestro, aunque no siempre determinen inicialmente la sospecha de abuso sexual (2,7).

Síntomas y manifestaciones de la esfera orgánica

El daño ocasionado por el abuso sexual suele exteriorizarse como un signo o síntoma de carácter físico. Ni su aparición ni su persistencia pueden inicialmente ser explicadas por el pediatra o la familia.

Entre las múltiples manifestaciones posibles, por su frecuencia, destacamos: dolor abdominal recurrente, episodios de cefalea recurrentes, enuresis secundaria y encopresis secundaria. La similitud con una patología de base orgánica puede determinar que el niño sea sometido a estudios invasivos para descartar una causa estructural de los síntomas.

Obviamente, todas éstas son situaciones extremadamente frecuentes en pediatría, de cuyo total sólo un mínimo porcentaje corresponde a síntomas desencadenados por el abuso sexual, ya que pueden estar ocasionados por una gran variedad de estresores. Sin embargo, en el contexto de una sospecha de abuso sexual y a falta de otra causa de estrés psíquico conocido, adquieren considerable significado (2,3).

Síntomas y manifestaciones de la esfera psicológica

Los síntomas de la esfera emocional o psicológica son altamente inespecíficos por lo que no contribuyen demasiado a alcanzar un diagnóstico precoz. Son reveladores de un malestar psíquico que no deben ser interpretados en forma aislada, sino que cobran sentido en el análisis global de la información.

Están presentes en casi todas las víctimas de abuso sexual, aunque por su carácter altamente inespecífico no contribuyen demasiado a alcanzar un diagnóstico precoz. En todo caso, cuando se conoce su valor como indicadores inespecíficos, son elementos que determinan un aumento del índice de sospecha, estimulan la investigación y, en última instancia, contribuyen al diagnóstico de abuso sexual (2,3,10,36).

Erotización inadecuada para la edad: Dentro de la inespecificidad diagnóstica de los síntomas psicológicos y las alteraciones del desarrollo, se considera que una conducta inadecuadamente sexualizada para la edad es la manifestación más significativa dentro de esta categoría (2,37). Si bien no es muy frecuente, su presentación fundamenta una alta sospecha (3).

La determinación de qué es o no es adecuado para la edad depende de una valoración experta, generalmente a cargo de un psicólogo y psiquiatra pediatra. Estas conductas pueden incluir besos con contacto de lengua, tocamiento de las mamas y los genitales, masturbación compulsiva y movimientos rítmicos de la pelvis (3). Se han señalado los siguientes criterios para considerar que la conducta sexualizada es problemática (3,46):

- Se presenta con mucha frecuencia o en una etapa mucho más precoz de lo esperado.
- Interfiere con el desarrollo del niño, como cuando se relaciona en la escuela a través de estos comportamientos.
- Se acompaña del uso de la intimidación o la fuerza para hacer participar a otros coetáneos.
- Se asocia con otros trastornos psicológicos.
- Se repite a escondidas de sus padres o cuidadores.

Otras manifestaciones: Pueden ser sumamente variadas y tener diversos grados de gravedad. Una de las manifestaciones más comunes es la detección de inflexiones en el rendimiento escolar sin explicación aparente. A veces puede llevar al retraso o incluso al fracaso escolar. En los niños más pequeños, el equivalente es el retraso en el desarrollo con la regresión en las conductas adquiridas.

A veces los cambios en la conducta asumen la forma llamada pseudomadurez, por la que las niñas asumen roles y actitudes correspondientes a una edad superior. La pseudomadurez suele verse en casos de abuso sexual incestuoso, en el que la niña inconscientemente es llevada a ocupar el rol materno, muchas veces física o afectivamente ausente.

Los trastornos del humor, con síntomas de depresión y ansiedad, son muy frecuentes. Puede haber autoagresividad con episodios suicidas o parasuicidas, pero también es muy frecuente la heretoagresividad y la irritabilidad.

También pueden presentarse bajo la forma de una muy baja autoestima.

Manifestaciones, como fobias, pesadillas y terrores nocturnos, no deberían considerarse *per se*, en forma aislada, como indicadores de sospecha de una situación de abuso sexual, habida cuenta de que su presencia es habitual y esperable a determinadas edades.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de los casos la peritación del abuso sexual infantil entraña grandes dificultades.

Son excepcionales los hallazgos patognómicos y raros los de alta especificidad.

Por el contrario, pueden presentar con frecuencia elementos de sospecha (manifestaciones inespecíficas), que indican la acción de estresores sobre la víctima, una de las cuales puede ser el abuso sexual. El diagnóstico supondrá descartar otras causas de estrés que expliquen los síntomas.

La investigación del abuso sexual infantil empleando los principios y criterios médico-legales de las agresiones sexuales a las personas adultas es causa de graves errores periciales. En especial, centrar la investigación pericial en los hallazgos genitales (positivos o negativos) es un grave error metodológico que lleva a pasar por alto la inmensa mayoría de los casos, a la vez que a incurrir en diagnósticos erróneos por la inducción de sesgos, todo lo que genera daños iatrogénicos a las niñas, los niños y sus familias.

La peritación médico-legal del abuso sexual reconoce diez principios de carácter general, que se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4. Principios generales para la peritación médico-legal del abuso sexual infantil.

No extrapolar de forma mecánica los criterios válidos para la peritación de agresiones sexuales en personas adultas.

En la mayoría de los casos el abuso sexual de niñas y niños no produce estigmas físicos.

Los signos y síntomas del abuso sexual casi siempre son de tipo inespecífico.

Los hallazgos patognomónicos son excepcionales.

Las infecciones de transmisión sexual no necesariamente suponen un contagio venéreo.

Las lesiones genitales en niñas y niños pequeños sexualmente abusados no son la regla.

Las lesiones anales en niñas y niños pequeños sexualmente abusados no son la regla.

Cuando cumple con los criterios de validez, la entrevista a la niña o el niño es un instrumento clave para la peritación médico-legal.

Está contraindicada la reiteración del interrogatorio y el examen físico.

Es uno de los desafíos más difíciles de la medicina legal.

CONFLICTO DE INTERESES

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin intereses de lucro.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention, 29-31 March, Geneva. Ginebra: World Health Organization; 1999. Document WHO/HSC/PVI/99.1. Accessible en: <https://iris.who.int/handle/10665/66734>
2. Rodríguez Almada H. Maltrato y abuso sexual de niños. Una revisión crítica. Granada: Comares; 2006.
3. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: World Health Organization; 2003. Accesible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Suárez Solá ML, González Delgado FJ. Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores. Cuad Med Forense. 2003;32:49-62. Accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn32/original5.pdf>
5. Castelló A, Francès F, Verdú F. Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Cuad Med Forense. 2009;15(55):17-35. Accesible en: https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn55/contribucion_especial2.pdf
6. Gil Arrones J, Ostos Serna R, Largo Blanco E, Acosta Gordillo L, Caballero Trigo MA. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos. Cuad Med Forense.

- 2006;12(43-44):57-74. Accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/05.pdf>
7. Rodríguez Almada H. Abuso sexual de niñas y niños. Montevideo: Bibliomed 2007;127-143.
 8. Rodríguez Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense. 2010;16(1-2):99-108. Accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv16n1-2/revision10.pdf>
 9. Gisbert Grifo M, Gisbert Calabuig JA. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 6a ed. Barcelona: Masson 2004:579-601.
 10. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review (RE9819). Pediatrics. 1999;103:186-191. doi: 10.1542/peds.103.1.186
 11. Moscatelli G, Moroni S, García Bournissen F, Falk N, Destito A, González N, Ballering G, D'Amico I, García L, Altcheh J. Acquired Syphilis by Nonsexual Contact in Childhood. Pediatr Infect Dis J. 2021;40:892-898. doi: 10.1097/INF.0000000000003215
 12. Hu HH, Xu TH, Li JH, Guo H. Non-sexually transmitted acquired syphilis in a three-year-old boy. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2022;88(3):389-391. doi: 10.25259/IJDVL_748_2021.
 13. Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2007;14:489-502. doi: 10.1016/j.jflm.2007.04.001
 14. Moore R, Mallett P, Hull S, Christie S, Simpson E, Bowen J, Dinsmore W, McCaughey C, Livingstone. Chlamydia trachomatis conjunctivitis in the pre-pubertal child. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2023;108:104-108. doi: 10.1136/archdischild-2022-323845
 15. Kelly P. Does sexually transmitted infection always mean sexual abuse in young children?. Arch Dis Child. 2014;99:705-706. doi:10.1136.
 16. Kellogg N, Farst, K, Adams J. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. Child Abuse Negl. 2023;145:106283. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106283
 17. Templeton DJ, Williams A. Current issues in the use of colposcopy for examination of sexual assault victims. Sex Health. 2006;3(1):5-10. doi: 10.1071/sh05028.
 18. Muram D, Arheart KL, Jennings SG. Diagnostic accuracy of colposcopic photographs in child sexual abuse evaluations. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1999;12:58-61. doi: 10.1016/S1083-3188(00)86627-9
 19. Sinal SH, Lawless MR, Rainey DY, Everett VD, Runyan DK, Frothingham T, Herman-Giddens M, St Claire K. Clinician agreement on physical findings in child sexual abuse cases. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997;151:497-501. doi:10.1001/archpedi.1997.02170420067011
 20. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this pre-pubertal girl been sexually abused? JAMA. 2008;300:2779-2792. doi:10.1001/jama.2008.827
 21. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the pre-adolescent child. Pediatrics. 2003;112:829-837. doi: 10.1542/peds.112.4.829
 22. Kvitko LA. El himen. Estudio medicolegal. Buenos Aires: Ed. La Rocca 2005.
 23. Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymeneal morphology and nonspecific findings. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2002;15:27-35. doi: 10.1016/S1083-3188(01)00136-X
 24. Vanrell J. Sexologia Forense. Sao Paulo: Mizuno 2008.
 25. Moussaoui D, Abdulcadir J, Yaron M. Hymen and virginity: What every paediatrician should

- know. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2022;382-387. doi: 10.1111/jpc.15887
26. Mishori, R., Ferdowsian, H., Naimer, K. et al. The little tissue that couldn't - dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. *Reprod Health*. 2019;16(74). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0731-8>
27. McCann J, Reay D, Siebert J, Stephens B, Wirtz S. Postmortem Perianal Findings in Children. *Am J Forensic Med Pathol*. 1996;17:289-298. doi: 10.1097/00000433-199612000-00003
28. González-Wilhelm L. Signo de Wilson Johnson y su importancia en la evaluación sexológica forense. *Gac. int. cienc. forense*. 2016;20:16-26. Accesible en: https://www.uv.es/gicf/4A3_Gonzalez-Wilhelm_GICF_20.pdf
29. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, et al.: Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013;37:465-474. doi: DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.011
30. Latiff MA, Fang L, Goh D, Tan L. A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2024;147:106564. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106564
31. Wallis CRD, Woodworth MD. Child sexual abuse: An examination of individual and abuse characteristics that may impact delays of disclosure. *Child Abuse Negl*. 2020;107:104604. doi: 10.1016/j.chiabu.
32. Maffioletti F, Santibáñez M, Soto F, Espinoza M, Navarro X, Leiva A y cols. Evaluación pericial psicológica de credibilidad de testimonio. Documento de trabajo interinstitucional. Santiago de Chile. 2008. Accesible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3150/315024785014.pdf>
33. Sayler L, Sattler J. Forensic interviewing of children and adolescents. In: Sparta SN, Koocher GP (eds). *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press. 2006:15-127.
34. Hayez JY, de Becker E. *La parole de l'enfant en souffrance. Accueillir, évaluer et accompagner*. Dunod, Paris. 2010.
35. Fernandes D, Gomes JP, Albuquerque PB, Matos M. Forensic Interview Techniques in Child Sexual Abuse Cases: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(2):1382-1396. doi: 10.1177/15248380231177317. Format:
36. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-12. doi: 10.1542/peds.
37. Lipian MS, Mills MJ, Brantman A. Assessing the verity of children's allegations of abuse: a psychiatric overview. *Int J Law Psychiatry*. 2004 May-Jun;27(3):249-63. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.03.003.
38. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10):37S-56S. doi: 10.1097/00004583-199710001-00004.
39. Poole D, Bruck M, Pipe M. Forensic Interviewing Aids: Do Props Help Children Answer Questions About Touching? *Curr Dir Psychol Sci*. 2011;20(1): 11-15. doi:10.1177/0963721410388804.
40. Britton HL, O'Keefe MA. Use of nonanatomical dolls in the sexual abuse interview. *Child Abuse Negl*. 1991;15(4):567-73. doi: 10.1016/0145-2134(91)90040-k.
41. Everson MD, Boat BW. Sexualized doll play among young children: implications for the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(5):736-42. doi: 10.1097/00004583-199009000-00010.
42. Everson MD, Boat BW. Putting the anatomical doll controversy in perspective: an examination of the major uses and criticisms of the dolls in child sexual abuse evaluations. *Child Abuse Negl*. 1994;18(2):113-29. doi: 10.1016/0145-2134(94)90114-7.
43. Koocher GP, Goodman GS, White CS, Friedrich WN, Sivan AB, Reynolds CR. Psycho-

logical science and the use of anatomically detailed dolls in child sexual-abuse assessments. *Psychol Bull.* 1995;118(2):199-222. doi: 10.1037/0033-2909.118.2.199.

44. Waterman J, Lusk R. Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1993;17(1):145-59. doi: 10.1016/0145-2134(93)90014-v.
45. Manzanero AL, Scott Antonio M, Muñoz T, Köhnen G. Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. *Anuario de Psicología Jurídica.* 2014;24:57-63. doi: 10.106/j.apj.2014.08.001
46. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-80. doi: 10.1037/0033-2909.113.1.164.

Si desea citar nuestro artículo:

Rodríguez Almada H, Borches Duhalde F, Bazán Hernández N, García Maggi I, di Lorenzo M. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y puesta al día (2024). *Cuad Med Forense.* 2024; 27(1):43-56. DOI:10.59457/cmef.2024.27.01.doc02