



Viernes 14 de febrero de 2020

**Seminario:
Abuso sexual infantil**

Moderadora:

Narcisca Palomino Urda

*Pediatra. CS Salvador Caballero. Granada.
Vicepresidenta Asociación Española de
Pediatría de Atención Primaria (AEPap).*

Ponentes/monitores:

■ **Juan Gil Arrones**

*Pediatra de Atención Primaria. CS Santa
Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Secretario
Sociedad Española de Pediatría Social
(SEPS).*

■ **Carmen de Manuel Vicente**

*Psicóloga clínica. Unidad de Salud
Mental Infanto-Juvenil. Hospital
Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
Servicio Andaluz de Salud.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Gil Arrones J, de Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 195-203.



Comisión de Formación Continua
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Abuso sexual infantil

Juan Gil Arrones

*Pediatra de Atención Primaria. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla.
Secretario Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS).
juangilarrones@gmail.com*

Carmen de Manuel Vicente

*Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital
Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Servicio Andaluz de Salud.
cdemanuel@hotmail.es*

RESUMEN

Proteger a la infancia de la violencia es una asignatura pendiente que como profesionales garantes de los derechos de los menores de edad debemos resolver. Como pediatras de Atención Primaria (AP), debemos formarnos en este tema para ser capaces de proteger a aquellos niños, niñas o adolescentes (NNA) que están en riesgo o son víctimas de violencia sexual.

El pediatra tiene la responsabilidad de detectar a tiempo los casos de sospecha de abuso sexual en la infancia para poder ofrecer la asistencia integral que necesitan las víctimas y colaborar con instituciones de protección y de justicia. Es fundamental la detección basada en indicadores objetivos de sospecha, que debe conocer y valorar adecuadamente porque son síntomas a veces muy inespecíficos. Inicialmente debe notificar la simple sospecha para que pueda llevarse a cabo el estudio interdisciplinario que proceda y adoptar las medidas de protección y de asistencia médica y psicológica que necesite la víctima.

Finalmente, se expondrán las características de los contextos en que aparece el abuso sexual infantil. Esto permite comprender la diferente dinámica abusiva que se establece entre víctima y agresor según sea o no un miembro de la familia. De esta forma se hablará de abuso sexual intrafamiliar y de abuso sexual extrafamiliar y de las estrategias que el abusador pone en marcha para someter a su víctima. Igualmente se tratarán otros dos

contextos de gran importancia: el contexto de la violencia de género y la inadecuada respuesta de los profesionales.

INTRODUCCIÓN

Proteger a la infancia de la violencia es una asignatura pendiente de toda la sociedad, en general, y nuestra, como pediatras de Atención Primaria (AP), en particular. Cuando la infancia no es un lugar amable, los profesionales que estamos cerca debemos hacer todo lo posible por detectar y poner en conocimiento esta situación adversa y perversa que tendrá un impacto muy negativo en el desarrollo del niño, niña o adolescente (NNA) y, cómo no, en su vida futura como adulto. Mucho más impacto que otras patologías orgánicas que dominamos y manejamos a la perfección. Debemos pues, formarnos y estar alerta para identificar estas terribles situaciones, que son más frecuentes de lo que sospechamos. Uno de cada cinco NNA es víctima de abusos.

No podemos olvidar que, como pediatras, somos garantes de los derechos de los menores a los que atendemos. El derecho a la salud, a ser oídos y escuchados, a no victimizarlos más. Cuando tenemos la sospecha o la certeza de que un NNA es víctima de violencia, es una obligación dar los pasos necesarios para notificar esa situación y protegerle.

El abuso sexual infantil (ASI) es una de las tipologías de maltrato. Una víctima puede sufrir más de una forma de maltrato a la vez (físico, psicológico, negligencia, abuso sexual).

Nos debe quedar claro que el ASI incluye agresiones que van desde formas leves a muy graves, desde formas sin contacto físico a agresiones físicas graves. En cualquier caso, siempre está presente una asimetría de poder entre agresor y víctima en la que el agresor abusa de esa situación. La víctima no está en ningún caso en situación de elegir, consentir o participar voluntariamente porque su etapa madurativa, sexual, emocional, se lo impide. El abuso de poder se impone en todos los casos. La mayoría de las personas agresoras son varones y pertenecen al entorno

cercano: familiar (padre, pareja de la madre, abuelo, tío, hermano), social (amigo de los padres), escolar (profesor, monitor...). En algunos casos, las agresoras son mujeres.

La manera de acercarnos a la terrible experiencia que sufren es similar a otras muchas patologías que atendemos: explorar lo que está pasando a través de una adecuada anamnesis, una exploración física y psicológica, y pruebas complementarias si procede. Tras este estudio, valorar la sospecha diagnóstica y comunicarla a las instancias correspondientes para que se pueda instaurar un tratamiento adecuado, que en este caso pasará por un alejamiento de la persona agresora y una atención a los daños físicos y psicológicos sufridos. Hay protocolos de actuación a nivel nacional¹ y en cada una de nuestras comunidades autónomas en donde se indican los pasos a seguir.

Trabajaremos en equipo junto a otros profesionales. Por un lado, en el entorno sanitario (trabajador social, equipo de Salud Mental) y, fuera de nuestro ámbito, deberíamos tener cauce de colaboración con todos los profesionales que participan en la atención al NNA víctima de violencia (educativo, servicios sociales, ámbito judicial, fuerzas y cuerpos de seguridad).

Es frecuente que encontremos la violencia sexual contra los menores en un contexto de violencia de género en el ámbito familiar², ya sea denunciada o no. Tenemos que aprender también a identificar y detectar estas situaciones.

En los casos en que existe rechazo del NNA víctima a irse con el progenitor agresor/abusador en el contexto de una separación/divorcio, no debemos caer en la simplificación de atribuir este rechazo a un conflicto entre progenitores. Debemos ser lo más objetivos posibles en la detección de la situación abusiva, escuchar el relato de los/las menores, buscar los indicadores que nos ayudarán a afianzar la sospecha. Estos indicadores serán piezas de un puzzle, que tenemos que encajar hasta completarlo. Si no sabemos cuáles son las piezas que tenemos que buscar, ¿cómo podremos hacerlo?

La finalidad de este seminario es conocer el abuso sexual infantil, la epidemiología, la clínica, cómo sospecharlo, cuáles son los posibles contextos abusivos y los posibles agresores. Y finalmente cómo notificar y atender como se merecen a estos NNA víctimas.

ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. MANEJO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

Estamos lejos de detectar todos los casos que se producen y, por lo tanto, de ofrecer la atención que necesitan, a casi un 20% de la población infantil y juvenil (uno de cada cinco) que sufre abuso y que acude a nuestras consultas por diferentes motivos. Los abusos sexuales son frecuentes, pero se detectan poco y tarde. Pueden ser difíciles de detectar por desconocimiento de los conceptos y de la tipología, por las propias creencias erróneas de los profesionales, porque se suelen producir en un entorno privado en el que se establece un pacto de silencio, porque los síntomas suelen ser muy inespecíficos –no exclusivos del abuso sexual– o bien, porque no empleamos una estrategia adecuada³.

A efectos prácticos, podemos considerar que **se detectan los casos que se notifican**, porque son los únicos que pueden ser valorados adecuadamente y recibir la atención integral que requieren. En general, los pediatras notificamos pocos casos de sospecha de abuso sexual en la infancia y adolescencia en términos absolutos y en comparación con otros profesionales.

Al principio solo tenemos la sospecha. Por muy evidentes o por inconsistentes que nos parezcan los síntomas, solo debemos considerar que estamos ante una sospecha de abuso sexual que debe ser valorada posteriormente por los especialistas que correspondan. Los síntomas que presenta la posible víctima de abuso sexual deben cumplir ciertos criterios para ser considerados como indicadores de sospecha, porque pueden ser ocasionados por otras posibles causas que deben ser descartadas en el correspondiente diagnóstico diferencial. Por ejemplo, debe ser confirmada la veracidad de los relatos, deben descartarse otras causas de un posible sangrado vaginal, el mecanismo ac-

cidental de una lesión o herida en genitales externos, la variante anatómica, el consentimiento de unas relaciones entre adolescentes, la presencia de síntomas psicossomáticos, los cambios en la conducta o en el rendimiento académico por otros motivos⁴.

Conocimiento y valoración de los indicadores de sospecha. Pueden detectarse indicadores físicos, en su comportamiento o en la conducta de los cuidadores, y verbalizar conductas que pueden ser consideradas como abuso sexual. La presencia de indicadores físicos dependerá en gran medida del tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso hasta el momento en que se produce la exploración. Algunas lesiones de la mucosa pueden cicatrizar íntegramente en pocas horas, por eso se debe realizar una exploración médica en condiciones adecuadas y por profesionales expertos, a ser posible antes de que pasen 24-48 horas desde el posible episodio. En nuestra experiencia, el 57,14% presentó algún indicador físico de sospecha (**Tabla 1**). También presentan con frecuencia trastornos funcionales, especialmente enuresis, y todos los casos presentaron algún tipo de trastorno en su comportamiento⁵.

Manejo inicial en la consulta.⁶ La actuación del pediatra debe orientarse a describir y registrar los indicadores, tanto físicos como conductuales, los posibles relatos de la víctima o de sus acompañantes, valorar si se trata de un posible caso intrafamiliar y, si existe riesgo vital o de desprotección. Posteriormente deberá decidir si debe derivarlo a algún dispositivo asistencial especializado y a quién debe notificar la sospecha.

Conviene que siga algunas recomendaciones en la consulta para evitar errores que pueden incrementar el sufrimiento de la víctima o entorpecer los procedimientos posteriores (**Tabla 2**).

El pediatra tiene que decidir si debe hacer una exploración física o inhibirse para que la hagan los especialistas que procedan, en los casos en que prevea que pueden existir lesiones físicas; sobre todo si estima que el abuso ha podido ser reciente (72 horas antes de la exploración). También debe valorar si está suficientemente protegido (si no es probable que pudiera su-

Tabla 1. Frecuencia de indicadores de sospecha en 76 casos

Físicos (n = 44; 57,14%)		Funcionales		Conductuales (n = 76; 100%)	
Heridas y equimosis extragenitales	3	Taquicardia, palpitaciones	2	Tristeza	39
Prurito y molestias anales	6	Pérdida de conciencia, convulsiones	2	Miedo	42
Dilatación anal	4	Cefaleas	1	Rechazo al agresor	49
Fisuras y lesiones perianales	9			Dependencia del agresor	5
Estreñimiento secundario	2			Vergüenza	32
Sangrado anal	3			Apatía	15
Enrojecimiento perianal	5			Introversión	14
				Baja autoestima	13
				Culpa	23
Enrojecimiento vulvar	17	Dolor abdominal	5	Trastornos del sueño	32
Alteraciones del himen	12	Náuseas, vómitos	3	Cambios de conducta	40
				Rendimiento académico	29
				Conducta antisocial	14
				Agresividad	24
				Conducta regresiva	13
Vulvovaginitis, cistitis	10	Enuresis, encopresis	13	Conducta autolítica	3
ITS	1			Rechazo a la exploración	11
				Alteración conducta alimentaria	15
				Pudor/aseo	12
Embarazo	2	Otros	7	Agresiones sexuales	3
				Juegos sexualizados	22
				Sedución, masturbación	16

Gil Arrones J. Estudio multicéntrico de 76 casos. Hospitales públicos de Sevilla.

Tabla 2. Recomendaciones para el manejo en la consulta

No interrogar, formular preguntas abiertas y no inducir la respuesta
Recoger las manifestaciones por separado del menor y de sus acompañantes
Registro en su historia clínica con medidas de confidencialidad
Evitar duplicidad de exploraciones invasivas o de genitales
No explorar por el Pediatra inicialmente si debe ser explorado por otro especialista o por médico forense
Si procede exploración en AP, conviene estar acompañado por otro profesional, en condiciones adecuadas de espacio y de tiempo, previo consentimiento informado verbal o escrito
Documentar los indicadores de sospecha: registrar, describir, tomar fotografías de lesiones si existen, previo consentimiento informado
Valorar si se debe dar información a los padres sobre el diagnóstico de sospecha: si procede, qué información, cómo, cuándo, dónde

cederle un nuevo episodio de abuso) o si está en riesgo su salud (física o emocional) y requiere asistencia inmediata de segundo nivel.

Orientaciones básicas para la notificación y colaboración con otras instituciones. Cualquier caso de sospecha de abuso sexual debe comunicarlo a la Unidad de Trabajo Social. En todos los casos en que exista verbalización del menor o de los familiares y en aquellos que se hayan detectado lesiones compatibles, debe interponer parte de lesiones al Juzgado de Guardia. Y, también en todos los casos de sospecha de abuso sexual, deberá notificarlo al Sistema de Protección de Menores.⁴

Es probable que requiera una valoración urgente y que **se derive al hospital por un procedimiento de urgencia**, sobre todo en estados de agitación o afectación emocional grave, de miedo intenso o sensación de inseguridad, ante lesiones o enfermedades que requieran estudio o tratamiento hospitalario por otros especialistas, en los casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y, en ciertas ocasiones, como medida de protección inmediata. También, y ante cualquier duda, si se trata de un posible caso de abuso intrafamiliar y no está garantizada su protección⁴⁷.

CONTEXTOS ABUSIVOS, ¿EN QUÉ CONTEXTOS SE PRODUCE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL?

Tradicionalmente, los contextos en los que surge el abuso sexual infantil (ASI) se han clasificado según el grado de parentesco entre víctima y agresor y de significancia relacional entre ambos, lo que influye en el impacto traumático que tenga para la víctima.

Es preciso realizar una aclaración previa. Aunque se habla de contextos abusivos, no es el contexto el responsable de esos actos, sino la persona o personas que los comete, los favorece o no los impide. Y todos tienen su grado de responsabilidad.

En el abuso sexual al niño, la niña y al adolescente (NNA) hay más de un responsable porque el ASI es una producción social donde además del abusador hay otras personas que facilitan, promueven o favo-

recen que el abuso ocurra. Como los miembros de la familia, no abusadores, que conociendo lo que ocurre no hacen nada para impedirlo o como algunos profesionales que, detectando diferentes indicadores de ASI, se toman su tiempo para estar seguros dejando indefensa mientras tanto a la víctima. Los NNA también sufren por la incompetencia de los profesionales, incompetencia producida por falta de conocimientos en ASI o por falta de compromiso con el bienestar infantil.

En toda situación de violencia están presentes tres grupos de personas:

- Las víctimas, es decir, quienes reciben y sufren la acción maltratante.
- Los agresores, personas que comenten directamente la acción.
- Los terceros, aquellos que no realizan directamente la agresión pero que contribuyen a que esta se produzca. Incluye a las personas que defienden ideologías favorecedoras del maltrato o que sabiendo de su existencia miran para otro lado y no hacen nada para evitarlo o no son proactivas para alcanzar la formación necesaria.

Es preciso prestar atención a los terceros porque forman parte de la dinámica abusiva y generan importantes dificultades para proteger a estos NNA debido al muro irresponsable de sus actos con consecuencias devastadoras para las víctimas. Estas víctimas pueden verse dañadas dos veces, por las conductas del abusador y por la respuesta del entorno.

Todavía los profesionales están influidos por su escasa formación en ASI, por las falsas creencias culturales aún imperantes en nuestra sociedad y por la reticencia tan extendida a iniciar un proceso judicial mediante la notificación pertinente de la sospecha de abusos al juzgado de guardia, a la fiscalía o a la policía. Los profesionales deben saber que las Leyes les obligan a poner en conocimiento de la autoridad la sospecha de un acto delictivo.

Este es ya uno de los contextos que favorecen el ASI: la inadecuada respuesta de la sociedad, en general, y de los profesionales, en particular, ante la sospecha de abuso.

Los otros contextos donde se produce el ASI dependen de la relación de parentesco entre víctima y agresor y son el abuso sexual intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar.

En el contexto del **abuso sexual intrafamiliar**, el abusador es un miembro de la familia. Algunos autores⁸ estiman que entre un 65-85% de los casos son intrafamiliares, dato importante de cara a la prevención. No sirve preparar a los NNA solo frente a posibles agresores externos, además es necesario aportarles herramientas frente a un agresor más cercano, alguien de su familia.

El ASI evoluciona en una serie de estadios a través del tiempo⁹:

- Estadio 1: antes de descubrirse el abuso.
- Estadio 2: después de su descubrimiento.

En el primer estadio, antes de que se descubra lo que ocurre, encontramos una serie de fases. En la primera, llamada Fase de seducción, el agresor prepara la situación para poder llevar a cabo sus conductas sexuales futuras y se emplea a fondo para ganarse la confianza del niño. Aquí no han comenzado aún las conductas sexuales que son propias de la siguiente fase o fase del abuso en la que comienzan las conductas abusivas que serán progresivas y graduales y se inician generalmente como un juego "inocente". Por ejemplo, un padre comienza a mostrarse desnudo delante de su hija, no de forma natural, ecológica o libre de prejuicios, sino buscando un fin sexual. Así, la hija se acostumbra poco a poco a la visión de los genitales del adulto. Después vendrán los tocamientos. La penetración ocurre en un momento más avanzado del abuso. De lo contrario, provocaría tal impacto en la niña que le podría delatar. Por lo general, el abusador comienza con conductas exhibicionistas, aparentemente inofensivas, después le

pide al niño que se desnude, luego que realice y reciba masturbaciones y felaciones hasta llegar a la penetración genital o anal¹⁰.

Y a la vez que aparecen los primeros actos abusivos, surge otra fase, llamada fase del silencio, en la que el agresor se asegura de que la víctima no le delate. Para ello, adopta una serie de estrategias progresivas y correlacionadas con la progresión de las conductas abusivas.

Estas estrategias son diversas, tales como:

- Engaños ("Esto es un juego", "Se lo hacen todos los papás a sus princesitas").
- Chantajos ("Si eres bueno y te dejas hacer esto, después te compraré un regalo").
- Imposición del secreto ("Esto es un secreto entre papá y su niñita").
- Manipulación psicológica ("Si lo cuentas, diré que es mentira y nadie te creerá").
- Culpabilización ("Pero si eres tú quien lo busca y me provoca").
- Amenazas ("Como digas algo mataré a tu mamá y a tu hermanita").

El NNA, manipulado de esta manera, y por una persona de su familia, se someterá a los libidinosos deseos del abusador y guardará el secreto, lo que encierra a la víctima en la trampa de la culpa y la vergüenza y se le hará cada vez más difícil contar lo que le ocurre y pedir ayuda.

¿Qué pasa cuando se descubre el ASI intrafamiliar? En este segundo estadio se han descrito, a su vez, dos fases: fase de desvelamiento del secreto y fase represiva.

El ASI puede descubrirse sin que el NNA rompa el secreto impuesto, por ejemplo, por embarazo, enfermedad de transmisión sexual o porque el agresor es sorprendido

en plena faena. También muchos niños finalmente rompen su silencio. ¿Qué los lleva a contarlo?

Una vez descubierto el abuso, la reacción habitual del entorno suele ser de incredulidad, tanto por parte de la familia como de algunos profesionales, que no dan crédito a lo que el menor cuenta¹¹. Esta reacción puede llevar a interrogar al NNA, que sentirá que no le creen. Incluso el agresor, en un intento final, amenaza y presiona *in extremis* a su víctima para que se desdiga, lo niegue todo o cuente que se lo inventó, que ha sido una broma. Esto, unido al impacto que tiene para el resto de la familia tal descubrimiento, puede provocar que el NNA se arrepienta de haberlo contado y se retracte, es decir, niegue la veracidad de los hechos.

En el ASI intrafamiliar encontramos una circunstancia particular y digna de mención: cuando el ASI se produce en el **contexto de la violencia de género**. Hasta fechas recientes, todos los esfuerzos por erradicar esta forma de violencia se han centrado en la mujer, sin embargo, en los últimos años ha surgido una creciente preocupación por los efectos en sus hijos.

Diversos organismos (Consejo de Europa, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Unicef, Save the Children y otros) reconocen que estar expuesto a la violencia contra la madre tiene consecuencias muy graves para el desarrollo de sus hijos, víctimas también de la violencia machista. Pero, además de ser testigos, pueden sufrir directamente otras formas de malos tratos como el abuso sexual por parte de su padre o de la pareja de su madre.

En este tema, es urgente sensibilizar a la población para hacer más visible el dolor de estos hijos por la violencia contra su madre, por el entorno violento en el que crecen, por el impacto que tiene en las competencias parentales para criar y proteger a su descendencia y por el daño directo que además pueden recibir del autor de la violencia¹².

Uno de los efectos de la violencia de género es la parentalización de los hijos, que se ven abocados a asumir roles parentales como el cuidado de hermanos

pequeños, protección de la madre o desempeño de funciones sexuales. Los hijos abusados se someterán a las demandas del abusador por temor a las represalias contra su madre y porque pueden percibir que el agresor se relaja tras cada acto sexual y el ambiente familiar se distiende.

Por último, en el **contexto de ASI extrafamiliar** el agresor no es un miembro de la familia. Aquí pueden darse dos opciones, que el autor sea un completo desconocido para el menor o, por el contrario, alguien cercano y conocido, pero con quien no está emparentado.

En el caso del desconocido, esta es la única forma de ASI que nuestro sistema social de creencias ha admitido. Reflejo de ello es la advertencia que hacen los padres a sus hijos respecto a desconfiar de los desconocidos, aunque se estima que se trata solo de una pequeña parte del total de los casos de abuso. Por lo general, se trata de un único acto abusivo que concurre con violencia, ya que el abusador no dispone de tiempo para preparar a su víctima, motivo por el que esta se resiste, a diferencia del ASI intrafamiliar, que es progresivo. El agresor es con frecuencia varón, exhibicionista, pedófilo o psicópata (logra la excitación sexual con el sufrimiento y el pánico de sus víctimas).

Cuando el agresor es un conocido, pero no es miembro de la familia (amigo, vecino, profesor, entrenador, sacerdote...), no suele hacer uso de la violencia, por la posibilidad de preparar el terreno para convencer y someter al menor y que este no se resista, pero, además, porque el NNA puede identificarle. El agresor es alguien conocido por el niño y por la familia. En estos casos, el proceso de seducción es progresivo, placentero y encubierto, igual que en el abuso intrafamiliar.

CONCLUSIONES

Tolerancia cero frente al ASI. Ni un niño, niña o adolescente abusado más. Toda la sociedad debe conocer la terrible realidad que viven estos y estas menores y cómo el agresor les manipula psicológicamente, mediante diversas estrategias, para que se sometan a esos execrables actos sexuales y para que guarden silencio.

El sometimiento de las víctimas y el silencio que guardan al respecto les hace sentirse cómplices, lo que acrecienta la secuela más dañina y pertinaz del ASI: los sentimientos de culpa.

Toda la ciudadanía precisa conocer esta situación para poderla detectar a tiempo y saber cómo proceder para proteger a nuestros menores. Y, en particular, los profesionales, especialmente aquellos y aquellas que “no saben ver”. A fecha de hoy, esto supone un importante hándicap en nuestro sistema de protección de la infancia. Sin embargo, es de justicia reconocer a todas aquellas personas de nuestra sociedad, profesionales o meros ciudadanos, por su empeño y compromiso con el bienestar infantil. Gracias a ellos y ellas.

Pero esta tarea aún no ha terminado. En nuestro entorno sigue habiendo muchos menores víctimas de abuso sexual que no detectamos y, por tanto, siguen indefensos.

Para terminar, un repaso a las claves más importantes en la atención a menores víctimas de abuso:

- Creer al niño cuando relata su experiencia traumática. Y decírselo. No poner en duda lo que cuenta a riesgo de que calle para siempre.
- Animarle a que hable de lo que le ha pasado, pero sin forzarle jamás ni sugerirle las respuestas para no contaminar su testimonio. Y sin culpabilizarle por lo ocurrido.
- Poner en marcha de manera inmediata y urgente las medidas de protección necesarias que garanticen la detención del abuso y la interrupción de todo contacto con el abusador para protegerle de las conductas sexuales y de la dinámica relacional abusiva.
- Aceptar los sentimientos del niño y recuadrarlos como que “es normal que se sienta así pero que llegará a sentirse mejor”.
- El profesional controlará las propias emociones que le despertará el relato del menor.
- Se realizará la exploración física o psicológica que se estime necesaria y en las condiciones óptimas para evitar una revictimización secundaria.
- Poner los hechos en conocimiento del Juzgado.

PUNTOS CLAVE

- Las instituciones y los profesionales tenemos la responsabilidad ética y legal de dar la respuesta asistencial adecuada a las personas menores de edad que pueden estar padeciendo alguna forma de abuso sexual.
- Ante la presencia de algún indicador, el pediatra debe notificar y compartir la sospecha. Si no detectamos y notificamos los casos de sospecha, la víctima no recibirá la asistencia que necesita o esta llegará tarde.
- Los pediatras debemos estar capacitados para ofrecer una respuesta básica de calidad ante el abuso sexual, como ante cualquier otro grave problema de salud que lo es, tanto por sus consecuencias como por su elevada prevalencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ed. Protocolo básico de intervención contra el maltrato en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Madrid: Centro de Publicaciones; 2014.
2. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ed. Las víctimas invisibles de la violencia de género. Madrid: Centro de Publicaciones; 2015.
3. Junyent Priu M, García García JJ, Pou Fernández J. El maltrato infantil: detección e intervención. Rev Pediatr Aten Primaria. 2004;6:433-41.

4. Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR, Cosano Prieto I, Espinosa Almendro JM, Torró García-Morato C, Llamas Martínez MV, *et al.* Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2014.
5. Acosta Gordillo I, Caballero Trigo A, Martínez Roda M, Gayán Guardiola MM, Almeida González CV. Estudio multicéntrico de 77 casos de Abuso Sexual a Menores. Libro de Resúmenes del XVIII Congreso Nacional de Pediatría Social. Palma de Mallorca; 2007. p. 260.
6. Estopiña Ferrer A, Gancedo Baranda A, Castuñera Jurado E, Simarro Bravo MD. Abuso sexual infantil. En: Gancedo Baranda A (coord.). Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2015. p. 27-35.
7. Gil Arrones J, Almuedo Paz A, Escobar García A, Cintas Ferres A, López Cornejo M, Alés Otón E. Protocolo de atención al maltrato infantil y juvenil en centros de Atención Primaria de salud. Sevilla; 2015.
8. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Editorial Ariel; 2000.
9. Barudy J. El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Editorial Paidós; 1998.
10. Sastre A, Marcos L, Ubrich T, Ardila C, Bartolomé A, Perazzo C, *et al.* Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema. Madrid: Save the Children España; 2017.
11. De Manuel C. Palabras prohibidas. Barcelona: Editorial Bellaterra; 2014.
12. De Manuel C. Los malqueridos. Sevilla: Editorial Punto Rojo; 2017.

