



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: X Número: Edición Especial. Artículo no.:26 Período: Diciembre 2022.

TÍTULO: Delitos contra la integridad sexual. Revisión de los parámetros médico-legales de importancia para la peritación.

AUTORES:

1. Esp. Diana Elizabeth Romero Hualca.
2. Máster. Eva Marilú Ganchozo Macías.
3. Esp. Miriam Fabiola Villacís Chóez.
4. Dra. Auxiliadora del Rocío Mendoza Cevallos.

RESUMEN: Los delitos contra la integridad sexual de menores 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. En la presente revisión se exponen los elementos de sensibilidad y especificidad de los hallazgos capaces de asociarse con la problemática. Se discute el valor diagnóstico de los signos y síntomas del fenómeno y se concluye con la formulación de diez reglas de aplicación general para el trabajo médico-legal en la materia. Las dificultades implicadas en el procedimiento pericial ameritan repensar la aplicación de los principios y criterios metodológicos médico-legales para evitar formular diagnósticos erróneos.

PALABRAS CLAVES: delitos contra la integridad sexual, medicina legal, peritaje, patrones periciales.

TITLE: Crimes against sexual integrity. Review of the medical-legal parameters of importance for the expert opinion.

AUTHORS:

1. Spec. Diana Elizabeth Romero Hualca.
2. Master. Eva Marilú Ganchozo Macías.
3. Spec. Miriam Fabiola Villacís Chóez.
4. PhD. Auxiliadora del Rocío Mendoza Cevallos.

ABSTRACT: Crimes against the sexual integrity of minors take place between a child and an adult, or between a child and another child or adolescent who, due to their age or development, has a relationship of responsibility, trust or power with them. In this review, the elements of sensitivity and specificity of the findings capable of being associated with the problem are exposed. The diagnostic value of the signs and symptoms of the phenomenon is discussed, and it concludes with the formulation of ten rules of general application for medico-legal work on the matter. The difficulties involved in the expert procedure warrant rethinking the application of medico-legal methodological principles and criteria to avoid formulating erroneous diagnoses.

KEY WORDS: crimes against sexual integrity, legal medicine, expertise, expert patterns.

INTRODUCCIÓN.

El Código Orgánico Integral Penal del Ecuador en su sección cuarta, hace referencia a la distinción de tipologías de los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, y entre los cuales distingue el abuso sexual a menores (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014). La Organización Mundial de la Salud define el abuso sexual de niñas y niños como 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 infringen las leyes o los tabúes sociales (World Health Organization, 1999).

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 (World Health Organization, 1999).

El diagnóstico de abuso sexual de niñas y niños por lo general es un difícil desafío para el médico forense. En gran parte de los casos, el agresor es un familiar o una persona muy allegada, amigos, vecinos etc., y en las edades más tempranas, es muy raro encontrar signos a nivel genital. Estas características determinan que los hallazgos periciales difieran complementemente de los que se encuentran en las víctimas adultas de agresiones sexuales. Es necesario conocer la sensibilidad y especificidad de los hallazgos capaces de asociarse con el abuso sexual, y la manera de evitar pasar por alto los casos reales o formular diagnósticos erróneos, ya que ambas situaciones generan un considerable daño a las niñas, niños y sus familias. Se jerarquiza el valor de la entrevista a la presunta víctima y la necesidad de que se lleve a cabo bajo estándares mínimos.

El diagnóstico médico-legal de la víctima de abuso sexual se basa en una eficiente y meticulosa historia clínica, la cual es dirigida y destinada a aportar pruebas que puedan tipificar el delito; está de por sí, es complicada puesto que muchas veces la víctima se encuentra traumatizada y por razones obvias es poco colaboradora con el interrogatorio y el examen físico; además, se trata de un menor que además tiene dificultades para expresar adecuadamente el suceso; todo ello implica el seguir una metodología, existiendo para ello protocolos establecidos a los cuales el médico legista debe ceñirse al momento de realizar su pericia.

En el transcurso de una consulta médica puede verse el médico no especialista, obligado a realizar un examen del área genital, en el cual puede haber sospecha de un abuso, y por esta razón, es necesario

tener conocimientos sobre el tema para poder orientar adecuadamente el diagnóstico y referirlo a un servicio de medicina legal. De igual manera, es muy importante evitar la revictimización. En casos de sospecha, el primer paso, en todo caso, es la derivación a la autoridad competente, respetando el debido proceso.

En esta revisión se discute el valor diagnóstico de los signos y síntomas atribuibles a abuso sexual y se concluye con la formulación de diez reglas de aplicación general para el trabajo médico-legal en la materia.

DESARROLLO.

Posibles patrones periciales.

Los posibles hallazgos periciales en un niño o niña víctima de delitos contra la integridad sexual son extraordinariamente variables: desde verdaderas destrucciones del aparato genital, hasta la completa ausencia de signos objetivables. Más de allá de su variabilidad, es posible establecer dos grandes patrones de presentación bien definidos, que están en función del crecimiento y el desarrollo de los niños.

Las/os niñas/os menores de 6 años presentan un patrón completamente diferente que en las personas adultas; mientras tanto, en escolares mayores y adolescentes pueden presentarse situaciones intermedias. Este límite de los 6 años -algo arbitrario, pero de utilidad práctica-, establece la edad por debajo de la cual, según Cañadas, (2018), "el coito es anatómicamente imposible" en las niñas.

Mientras que en los adolescentes son de aplicación los principios médico-legales clásicos empleados para la peritación de los atentados sexuales, en los niños -sobre todo, cuanto más pequeños son-, estos criterios carecen por completo de utilidad y acarrear el enorme riesgo de hacer pasar desapercibido el abuso sexual. La Tabla 1 esquematiza las particularidades principales de estas diferencias.

Tabla 1. Características predominantes de las agresiones sexuales por grupo de edad.

	ADULTO	NIÑOS
Lugar de ocurrencia	Extra - Domiciliario	Intra - domiciliario
Denuncia de víctima	Frecuente	Rara
Signos genitales	Frecuentes	Raros
Signos anales	Frecuentes	Raros
Signos de violencia extragenital	Frecuente	Excepcionales
Signos de violencia en el agresor	Posibles	Excepcionales

De la tabla resalta, 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 menos frecuente en los abusos infantiles.

Signos y síntomas de abuso sexual.

Los síntomas y signos de abuso sexual en niñas y niños pueden dividirse según su sensibilidad y especificidad. Precisamente, el patrón pericial general del abuso sexual en los niños y niñas se caracteriza por la presencia casi constante (por ello, muy sensibles) de algunos signos de muy escasa especificidad, por ello poco confiables, ya que pueden encontrarse en ausencia de abuso sexual (Castelló et al., 2009; Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Rodríguez-Almada, 2010, Rodríguez, 2007; World Health Organization, 2003). Allí estriba el principal desafío pericial del abuso sexual, ya que obliga al perito a desarrollar un alto índice de sospecha, que debe unir a un gran sentido de la prudencia en la interpretación técnica y objetiva de los hallazgos.

Elementos con alta especificidad diagnóstica.

En la práctica médico-legal es muy raro encontrar signos específicos que permitan hacer diagnóstico de abuso sexual en una niña o un niño. 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; no obstante, en ocasiones se encuentran elementos de alta especificidad que permiten por sí mismos hacer el diagnóstico o acercarlo sustancialmente.

Gravidez.

Es el más específico de los signos, pero es de presentación muy poco frecuente. La constatación de un embarazo de 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 un abuso sexual (Rodríguez-Almada, 2010).

En Ecuador, según la normativa legal vigente, el Art. 170 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), la persona, que en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad, cuando la persona no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o por cualquier causa no puede resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física o daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si la víctima es menor de seis años, se sancionará con pena privativa de libertad de siete a diez años.

En esta misma normativa, se declara en su Art. 171.- Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014).

Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las ITS son enfermedades capaces de transmitirse por contagio sexual; sin embargo, muchas de ellas presentan otras formas de contagio, por lo que su especificidad como signo de abuso sexual es muy variable y no basta con el diagnóstico etiológico, sino que debe intentar establecerse la forma de contagio en el caso en estudio (Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Thomas, Forster, Robinson, & Rogstad, 2002).

Hemos esquematizado la especificidad de la ITS en tres grandes grupos 7 (Rodríguez-Almada, 2010):

- Grupo 1 (+++). Muy alta especificidad. Su diagnóstico en un niño o niña, una vez descartada la infección connatal, establece diagnóstico de abuso sexual hasta demostración de lo contrario: sífilis, gonorrea y chlamydia trachomatis.
- Grupo 2 (++). Alta especificidad. Su diagnóstico en un niño o niña determina un alto índice de sospecha de abuso sexual, pero tiene otras vías de contagio que se deben investigar: VIH, hepatitis B, herpes simple 2, papilomavirus, trichomonas vaginalis.
- Grupo 3 (+). Baja especificidad. Su diagnóstico en un niño o niña no es indicativo de abuso sexual, pero obliga a investigar esta eventualidad: gardnerella vaginalis, mycoplasma hominis, ureaplasma urealyticum, herpes simple 1, candida albicans, haemophylus ducreyi y calymmatobacterium granulomatis.

Signos genitales relevantes.

Los hallazgos genitales relevantes para el diagnóstico no son lo más frecuente en el abuso sexual. Toda vez que los signos relevantes son aquellos compatibles con haber sido consecuencia de la penetración del pene o por otra forma de abuso empleada.

Así como es raro encontrar signos genitales de abuso sexual infantil, existen diferentes hallazgos genitales patológicos que no tienen que ver con esa entidad. Así como un examen genital negativo no

descarta el abuso sexual, la mala interpretación médico-legal de los hallazgos genitales suelen dar lugar -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 (Rodríguez, 2007).

La utilidad del uso del colposcopio para la búsqueda de lesiones genitales en casos de atentados sexuales en mujeres postpuberales está bien demostrada (Mancino et al., 2003); sin embargo, su uso en las niñas es mucho más discutido. No hay duda en cuanto al beneficio de permitir detectar y documentar lesiones genitales mínimas, pero si bien las imágenes fotográficas obtenidas por colposcopia en las niñas pueden ofrecer una mayor contundencia probatoria, e incluso posibilitar una segunda opinión sin un nuevo examen, la coincidencia en la interpretación de esas imágenes en niñas abusadas entre los expertos no es satisfactoria entre el 58% y el 88% (Muram et al., 1999), 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 (Sinal et al., 1997).

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, terapia intensiva, y frecuentemente, causan la muerte.

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

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 (Berkoff et al., 2008; Heppenstall-Heger et al., 2003).

Signos en el himen.

Los desgarros himeneales son una evidencia de penetración, por lo que son un signo relevante y de una alta especificidad, ya que en abuso sexual no existe penetración. Una buena exploración casi siempre permite diferenciarlos de las escotaduras congénitas, frecuentemente presentes en el borde libre del himen como variante anatómica (Berkoff et al., 2008; Castelló et al., 2009; Cañadas, 2018; Vanrell, 2008).

A cualquier edad, la integridad de la membrana himeneal (salvo los casos de los hímenes complacientes) descarta el coito vaginal, pero no las otras formas de abuso sexual sin penetración que son las más frecuentes en la infancia y las únicas anatómicamente posibles en niñas pequeñas (Rodríguez-Almada, 2010; Suárez Solá & González Delgado, 2003).

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, la relajación alcanzada, la fuerza de tracción sobre los labios mayores aplicada por el perito, entre otras (Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Heppenstall-Heger et al., 2003). 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. El tiempo de cicatrización es sumamente variable (Vanrell, 2008). 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 desgarros y las contusiones vulvares (introito, horquilla, clítoris, labios menores, meato uretral) causadas por maniobras de frotamiento,

tocamiento o intento de penetración. Según la data de producción, pueden expresarse 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 vulva en la infancia (a partir del primer año de vida) tienen casi siempre una etiología accidental. En estos casos, la lesión resultante suele ser la equimosis, el hematoma o la herida contusa de los genitales externos, lo que no debería ser jamás confundido con una lesión originada en una agresión sexual (Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Rodríguez, 2006, Suárez Solá & González Delgado, 2003).

Vulvitis y vulvovaginitis.

Se trata de una condición extremadamente común en las niñas (particularmente en las etapas de la primera infancia y la edad escolar), que la 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 de la propia niña. 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 un planteo de posibilidad (Rodríguez-Almada, 2010; Heppenstall-Heger et al.,2003).

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.

Para lo que atañe a los hallazgos anales en casos de sospecha de abuso sexual de niños y niñas caben algunas consideraciones similares a las realizadas respecto a las lesiones genitales. El abuso sexual suele ocurrir con indemnidad de la región anal, y paralelamente, existe una variedad de lesiones anales

y/o rectales que no guardan relación alguna con abuso. Al igual que las lesiones genitales, pueden curar sin dejar secuelas.

Otro aspecto para 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" (al flexionar los muslos sobre el tórax se puede visualizar el ano y el canal anal), es un hallazgo bastante común en niños normales no abusados. El "ano en embudo", que algunos textos clásicos consideraban signo de pederastia pasiva crónica, no tiene ningún valor -como dato aislado- para afirmar o descartar que haya existido actividad sexual por la vía anal; sin embargo, tienen un valor para el diagnóstico cuando están asociadas a otros hallazgos como borramiento de los pliegues radiados, equimosis perianal, desgarro anal, disfunción esfinteriana o alegación del niño o la niña (World Health Organization, 2003).

Especial interés para el médico forense tiene el conocimiento de la morfología anal en el cadáver. Los hallazgos ano-rectales y perianales en el cadáver deben interpretarse con sumo cuidado. 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 (McCann et al.,1996). Otros posibles hallazgos de autopsia no vinculados con abuso sexual son el ensuciamiento fecal, la congestión local y la hiperpigmentación del área perianal. En ocasiones, los cadáveres presentan livideces localizadas en el periné que pueden ser erróneamente interpretadas como sufusiones equimóticas.

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 desgarro. Si el niño o la niña fue reiteradamente sodomizado

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 ano-rectal podrá causar o no lesiones traumáticas en función de cómo se combinen las siguientes:

- 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 niñas y niños mayores o adolescentes, lo habitual es que no cause lesiones traumáticas objetivables (Rodríguez, 2007). 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 traumatismo local.

Desgarro anal.

La lesión más típica de la penetración anal es el llamado desgarro de Wilson Johnston, 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) (Kvitko, 2001). Sin perjuicio de esto, el desgarro puede tener otras topografías y ser múltiple (Berkoff et al., 2008). Cuando el desgarro 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.

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.

La alegación de abuso sexual por una niña o niño es un hecho muy poco frecuente, y casi excepcional en los casos de abuso intradomiciliario (Rodríguez, 2007; World Health Organization, 2003). Este hecho no sólo se explica por la existencia de vergüenza, miedo y amenazas del abusador, sino por la presencia de sentimientos de culpa en la víctima y falta de atención y comprensión a sus pedidos de ayuda por parte de las personas a su cargo. Si bien la alegación constituye un elemento amnésico, y por ello imposible de objetivar, debería valorarse como un elemento de muy alta especificidad, en tanto resulte de un relato espontáneo.

Esta alegación puede no ser realmente espontánea, y por ello, perder su carácter de elemento diagnóstico de alta especificidad; 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 con las condiciones permitidas por su edad.

De acuerdo con Committee on Child Abuse and Neglect (1999); Kellogg et al. (2005); Lipian et al. (2004). Existen varias posibles causas de una alegación no es espontánea:

Reiteración del interrogatorio. Una de las causas más comunes de ello es la mala práctica de prodigar los interrogatorios a niñas y niños en el sistema de salud. Suele verse ante una sospecha -fundada o no -, que se interroga al niño/a, y ante su negativa, se reitera múltiples veces el interrogatorio, hasta que en un momento cambia la versión.

Mala técnica del interrogatorio. La anamnesis al niño debe procurar preservar la espontaneidad 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 o exteriorización de sus emociones), el relato se contamina de vocablos e ideaciones adultas y pierde valor todo su valor diagnóstico pericial.

Relatos inducidos. La alegación del niño puede haber sido inducida por adultos y orientarse a obtener un beneficio secundario para éstos. Los relatos falsos son mucho más raros y se pueden deber al interés de un beneficio secundario del niño/a o a una patología psiquiátrica.

La mayoría de las falsas alegaciones tiene su origen en las personas adultas. Según Lipian et al. (2004), dentro de las causas de falsas alegaciones se han destacado las siguientes:

Por influencia de una figura adulta con autoridad. El caso más frecuente es el de uno de los padres que "adoctrina" a la niña o el niño cuando de la falsa alegación puede obtener un beneficio secundario (v.g.: juicio de tenencia, venganza), lo que se ha denominado síndrome de alienación parental (Segura, Gil, & Sepúlveda, 2006). En otras ocasiones, se trata de patologías delirantes o trastornos facticios (síndrome de Munchausen por poder).

Por iatrogenia. Esto es 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 busca complacer a la autoridad; en especial, cuando se le reiteran las mismas preguntas puede cambiar la respuesta para satisfacer al entrevistador.

Resulta compleja la posibilidad de entrevistar a niñas y niños muy pequeños. Al respecto, la mayoría de los expertos desaconseja entrevistar a los menores de tres años (Committee on Child Abuse and Neglect, 1999). 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 muy especializadas y éstas son aplicadas por técnicos competentes (Bernet, 1997; Kellogg et al. 2005).

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 (Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Kellogg et al. 2005). Esta no es una norma de valor absoluto, y si la entrevista está realizada por un técnico experimentado, la presencia del adulto no es un obstáculo para obtener elementos de valor pericial (Rodríguez-Almada, 2010).

Algunas técnicas de apoyo durante la entrevista, como los dibujos o las muñecas, pueden ser de buena utilidad, a condición de ser aplicadas e interpretadas por técnicos formados y experimentados (Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Kellogg et al. 2005).

A efectos probatorios y de evitar la duplicación de interrogatorios y la victimización secundaria, es recomendable el uso de la cámara Gessell, así como el audio y la videograbación. Otras técnicas, como las que emplean muñecos sexuales, son muy controvertidas, por lo que debe desaconsejarse su empleo con finalidad diagnóstica, aunque sí puedan tener una utilidad terapéutica (Britton & O'Keefe, 1991; Koocher et al., 1995).

En conclusión, la alegación del niño o la niña, cuando se acompaña de un informe psicológico de veracidad, constituye un indicador de alta especificidad, tan fiable como los signos físicos considerados característicos.

Elementos de baja especificidad diagnóstica.

Las formas y las manifestaciones del abuso sexual en niñas y niños son extremadamente variadas. Pese a ello, casi nunca faltan ciertas manifestaciones no explicables como una consecuencia física sino psicológica del abuso (aunque sintomáticamente puedan tener expresión orgánica y/o psicológica), que dan cuenta de la existencia de algún factor estresor. Estas manifestaciones son generalmente inespecíficas, representando una respuesta común a diferentes tipos de estresores; por ello, se trata de manifestaciones muy sensibles, pero con una muy pobre especificidad diagnóstica (Rodríguez, 2007; Waterman & Lusk, 1993; World Health Organization, 2003).

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.

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 las siguientes: dolor abdominal recurrente, episodios de cefalea recurrentes, enuresis secundaria y encopresis secundaria.

La simulación de 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 estas son situaciones extremadamente frecuentes en pediatría, de cuyo total sólo un mínimo porcentaje corresponde a síntomas desencadenados por el abuso sexual, ya que puede estar ocasionado 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 (Rodríguez-Almada, 2010; World Health Organization, 2003).

Síntomas y manifestaciones de la esfera psicológica.

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 (Committee on Child Abuse and Neglect., 1999; Kellogg et al. 2005; Rodríguez-Almada, 2010; World Health Organization, 2003).

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 (Lipian et al., 2004). Si bien no es muy frecuente, su presentación fundamenta una alta sospecha (World Health Organization, 2003).

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 (World Health Organization, 2003). Se han señalado los siguientes criterios para considerar que la conducta sexualizada es problemática (Kendall-Tackett et al., 1993; World Health Organization, 2003):

- Se presenta con mucha frecuencia o en una etapa mucho más a lo esperado.
- Interfiere con el desarrollo del niño o la niña, 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 déficit en el rendimiento escolar sin explicación aparente. A veces puede llevar a retraso y 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 correspondiente 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 para suicidas, pero también es muy frecuente la heretoagresividad y la irritabilidad.

Pueden presentarse como niños y niñas con una muy baja autoestima.

Otras manifestaciones, como fobias, pesadillas y terrores nocturnos, no deberían considerarse 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.

CONCLUSIONES.

En la generalidad de los casos, la peritación del abuso sexual de niños y niñas entraña grandes dificultades; prácticamente, no existen indicadores de certeza (manifestaciones patognomónicas) o de elevada especificidad, y los que existen se presentan en muy pocos casos. Casi todos los casos presentan indicadores 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 aplicación a las niñas y niños de los principios y criterios médico-legales de las agresiones sexuales a 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, todo lo que genera graves daños 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 siguiente tabla:

Tabla 2. Principios generales para la peritación médico-legal del abuso sexual de niños y niñas.

No extrapolar en 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 carácter inespecífico.
Los hallazgos patognomónicos de abuso sexual son excepcionales.
Las infecciones de transmisión sexual no necesariamente se contraen por contagio venéreo.
La producción de lesiones genitales en niñas y niños pequeños sexualmente abusados no es la regla.
La producción de lesiones anales en niñas y niños pequeños sexualmente abusados no es la regla.
Cuando cumple con los criterios de validez, la entrevista a la niña o el niño es una etapa clave de la peritación médico - legal.
Está contraindicada la reiteración del interrogatorio y el examen físico.
El diagnóstico de abuso sexual de niñas y niños es uno de los desafíos más difíciles de la medicina legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bernet, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 37S-56S.
2. Berkoff, M. C., Zolotor, A. J., Makoroff, K. L., Thackeray, J. D., Shapiro, R. A., & Runyan, D. K. (2008). Has this prepubertal girl been sexually abused? *Jama*, 300(23), 2779-2792.
3. Britton, H. L., & O'Keefe, M. A. (1991). Use of nonanatomical dolls in the sexual abuse interview. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 567-573.

4. Castelló, A., Francès, F., & Verdú, F. (2009). Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Cuadernos de Medicina Forense, 15(55), 17-35.
https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn55/contribucion_especial2.pdf
5. Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Suplemento N. 180.
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
6. Committee on Child Abuse and Neglect. (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics, 103(1), 186-191.
<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/103/1/186/62033/Guidelines-for-the-Evaluation-of-Sexual-Abuse-of>
7. Cañadas, E. V. (2018). Gisbert Calabuig. Medicina Legal Y Toxicológica, Séptima edición. Barcelo, España: Elsevier.
8. Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., & Zaragoza, T. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. Pediatrics, 112(4), 829-837.
9. Kellogg, N., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics, 116(2), 506-512.
10. Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychological bulletin, 113(1), 164.
11. Koocher, G. P., Goodman, G. S., White, C. S., Friedrich, W. N., Sivan, A. B., & Reynolds, C. R. (1995). Psychological science and the use of anatomically detailed dolls in child sexual-abuse assessments. Psychological Bulletin, 118(2), 199.

12. Kvitko, L. A. (2001). La violación: peritación medicolegal en las presuntas víctimas del delito. Trillas.
13. Lipian, M. S., Mills, M. J., & Brantman, A. (2004). Assessing the verity of children's allegations of abuse: A psychiatric overview. *International journal of law and psychiatry*, 27(3), 249-263.
14. Mancino, P., Parlavecchio, E., Melluso, J., Monti, M., & Russo, P. (2003). Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 40-42.
15. McCann, J., Reay, D., Siebert, J., Stephens, B. G., & Wirtz, S. (1996). Postmortem perianal findings in children. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 17(4), 289-298.
16. Muram, D., Arheart, K. L., & Jennings, S. G. (1999). Diagnostic accuracy of colposcopic photographs in child sexual abuse evaluations. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 12(2), 58-61.
17. Rodríguez, H. (2007). Abuso sexual de niñas y niños. *Medicina Legal de la mujer y del niño*. Uruguay: Bibliomédica Montevideo.
18. Rodríguez-Almada, H. (2010). Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil: revisión y actualización. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 99-108.
19. Segura, C., Gil, M. J., & Sepúlveda, M. A. (2006). El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. *Cuadernos de medicina Forense*, (43-44), 117-128.
20. Sinal, S. H., Lawless, M. R., Rainey, D. Y., Everett, V. D., Runyan, D. K., Frothingham, T., & St Claire, K. (1997). Clinician agreement on physical findings in child sexual abuse cases. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151(5), 497-501.
21. Suárez Solá, M. L., & González Delgado, F. J. (2003). Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores. *Cuadernos de medicina forense*, (32), 49-62.

22. Thomas, A., Forster, G., Robinson, A., & Rogstad, K. (2002). National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Sexually transmitted infections*, 78(5), 324-331. <https://sti.bmj.com/content/78/5/324.short>
23. Vanrell J. (2008). *Sexologia Forense*. Sao Paulo: Ediciones Mizuno.
24. Waterman, J., & Lusk, R. (1993). Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 145-159.
25. World Health Organization. (1999). Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900?locale-attribute=ar&utm_source=transaction&utm_medium=email
26. World Health Organization. (2003). Guidelines for médico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/?sequence=1>

DATOS DE LOS AUTORES.

1. **Diana Elizabeth Romero Hualca**. Especialista en Inmunología Clínica. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. ULEAM Manta-Ecuador. E-mail: diana.romero@uleam.edu.ec
2. **Eva Marilú Ganchozo Macías**. Magíster en Psicología Clínica. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. ULEAM Manta-Ecuador. E-mail: eva.ganchozo@uleam.edu.ec
3. **Miriam Fabiola Villacís Chóez**. Especialista en Medicina Legal. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. ULEAM Manta-Ecuador; E-mail: miriam.villacis@uleam.edu.ec

4. Auxiliadora del Rocío Mendoza Cevallos. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. ULEAM Manta-Ecuador. E-mail: auxiliadora.mendoza@uleam.edu.ec

RECIBIDO: 1 de octubre del 2022.

APROBADO: 5 de noviembre del 2022.