

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Alejandra Elsa Jara

LA PERICIA MÉDICO-LEGAL EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

2018

Citar como: Jara, A. E. (2018). La pericia médico-legal en el abuso sexual infantil. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN/ABSTRACT – PALABRAS CLAVE

1. INTRODUCCIÓN.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

- 2.1 Planteamiento del Problema.
- 2.2 Objetivos: General y Específicos.

3. MARCO TEÓRICO.

- 3.1. Definición.
- 3.2. Clases de Abuso Sexual Infantil.
- 3.3. Pasos a seguir ante la revelación.
- 3.4. Implicancias médico legales – Marco Legal.
- 3.5. Características del Delito de Abuso Sexual Infantil.
- 3.6. Denuncia.
- 3.7. La pericia médico legal.
- 3.8. Especificidad de los hallazgos clínicos.
- 3.9. Situación en la Provincia de Neuquén.

4. CONCLUSIONES.

5. BIBLIOGRAFÍA.

6. ANEXOS.

RESUMEN

El abuso sexual infantil ha existido siempre, actualmente existe una mayor conciencia y sensibilización, hechos que lo hacen aparecer como más frecuente. Las características del fenómeno, el secreto y la distorsión de los datos hacen desconocer su frecuencia exacta.

Se lo debe incluir entre otros diagnósticos diferenciales, y se sospechara si se está al tanto de su existencia y sus manifestaciones clínicas. El abuso sexual infantil no es un delito de instancia privada, el médico tiene la obligación de denunciar, cumpliendo con una función protectora y preventiva conforme a la ley de protección Integral de los derechos del niño, niña y adolescente. El secreto profesional en términos de maltrato infantojuvenil, protege solo a los adultos maltratadores. Es así que queda relevado de su obligación de guardar secreto profesional, consecuencia tácita de la obligación de denunciar.

Es un evento complejo, sensible, grave y con grandes consecuencias hacia el futuro, excede lo académico, desde cualquiera de las disciplinas que lo aborde, jurídico, asistencial, psicológico, social, filosófico y hasta antropológico.

Sin embargo a la pericia médico legal se le exige que sea objetiva, irrefutable y acertada, ya que de la misma se desencadenan y determinan efectos positivos y negativos de la víctima, su familia y del supuesto victimario. Constituye un desafío difícil. Las consecuencias de un error pericial son graves cuando se pasa por alto el abuso sexual como cuando se realiza su diagnóstico erróneo, sumado a esto, presenta características distintivas que lo diferencian nítidamente de los atentados sexuales sobre personas adultas.

Palabras Claves: Abuso sexual infantil, pericia médico legal, medicina legal, protocolo, forense

Summary

Child sexual abuse has always existed, currently there is greater awareness and awareness, facts that make it appear more frequent. The characteristics of the phenomenon, the secrecy and the distortion of the data make us ignore its exact frequency.

It must be included among other differential diagnoses, and it will be suspected if it is aware of its existence and its clinical manifestations. Child sexual abuse is not a crime of private instance, the doctor has the obligation to report, fulfilling a protective and preventive function in accordance with the law of comprehensive protection of the rights of the child girl and adolescent. Professional secrecy in terms of child and youth abuse protects only abusive adults. Thus, it is relieved of its obligation to keep professional secrecy, tacit consequence of the obligation to denounce.

It is a complex, sensitive, serious event with great consequences for the future, exceeds the academic, from any of the disciplines that address it, legal, welfare, psychological, social, philosophical and even anthropological.

However, legal medical expertise is required to be objective, irrefutable and accurate, since it triggers and determines positive, negative effects of the victim, his family and the alleged victimizer. It is a difficult challenge. The consequences of an expert error are serious when the sexual abuse is overlooked, such as when the erroneous diagnosis is made, added to this, it presents distinct characteristics that differentiate it clearly from the sexual attacks on adults.

Keywords: Child sexual abuse, legal medical expertise, legal medicine, protocol, forensic

1. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil¹ es un flagelo documentado en casi todas las sociedades y culturas. Sus efectos negativos, inciden no sólo en la calidad de vida de la persona víctima, sino que, repercuten en todo el contexto socio familiar, en la salud pública, y las implicancias legales que trae aparejadas.

El daño psicosocial es grave, por lo que se necesitan profesionales con un mayor conocimiento del tema; pericia que conlleva indiscutiblemente, a la formación de galenos con idoneidad en la temática junto con un análisis exhaustivo de la incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil.

¹ Abuso sexual Infantil: ASI

En este trabajo se hace un análisis de las dificultades en la labor médica al sospechar o detectar el ASI, lo dificultoso y complejo del trabajo pericial, junto con una compilación de los casos periciados en el Poder Judicial de la Provincia de Neuquén, Circunscripción I, durante el año 2017.

Asimismo se hace un análisis de las diferencias en los procedimientos judiciales que se tiene en esta provincia con respecto a otros organismos judiciales del país.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del Problema

La pediatría es la especialidad médica que capacita a los profesionales de la salud para la asistencia de niñas, niños y adolescentes², y sobreentendido está, que la víctima en el Abuso Sexual Infantil, es un menor de edad. Tanto el clínico pediatra en la consulta asistencial, como el pediatra formado para la asistencia como auxiliar de la justicia en la realización de pericias médico legales, se encuentran con dificultades ante este evento tan complejo de una situación tan conflictiva, la cual debe ser tratada en forma conjunta y articulada con otras disciplinas no médicas. Ningún profesional puede abordar por sí mismo todos los componentes del diagnóstico o del tratamiento del abuso sexual a un menor sin tener que asumir posibles errores que recaerían en mayor perjuicio de la víctima (Gil Arrones y col., 2006)

2.2 Objetivos: Generales y Específicos

- Analizar las particularidades del examen médico forense en el Abuso Sexual Infantil.
- Analizar las competencias requeridas del médico legista.
- Analizar la complejidad del dictamen médico en la pericia del Abuso Sexual Infantil.

3. Marco Teórico

² Niñas, niños y adolescentes: NNyA

3.1 Definición

El Abuso Sexual Infantil¹ es un diagnóstico de salud en sus aspectos orgánico, psicológico y social (Gil Arrones y col., 2006), como preconiza la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud, "consiste en la participación de un niño³ 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".

Se considera abusivo el trato sexual aun entre niños que por estar en distinta etapa evolutiva se encuentran en una relación asimétrica, lo cual genera una situación de poder y coerción de uno sobre el otro. Este hecho debe alertar sobre la posibilidad de que un adulto haya abusado previamente del niño "abusador". (Trabajo realizado por el Comité de Salud Mental. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar:, 2007; 105(4):)

Enfrentarnos como pediatras al abuso sexual infantil resulta un desafío.

El niño abusado se encuentra en un estado de absoluto desamparo. Un desamparo que nos alcanza, nos envuelve y produce en nosotros una mezcla de sensaciones internas. El ASI como forma de maltrato es una noxa que resquebraja la infancia y de ahí en más altera el desarrollo, la maduración, daña su salud, su dignidad, su libertad. El ASI es una situación de enfermedad generada por un otro, generalmente cercano y amigable. Vencer la resistencia de creer y aceptar que una persona pueda recurrir a un niño para sus placeres sexuales, será al principio, el mayor reto a superar. Para poder verlo, es fundamental pensar en ello y olvidarnos de lo ilógico que resulta admitir que, la mayoría de las veces, es en el ámbito intrafamiliar donde esto se produce y que, en la mayoría de los casos, esto es silenciado, callado y ocultado por la familia. (Urda., 2017)

³ Término niño se utilizara indeterminadamente para niñas, niños y adolescentes

El diagnóstico inicial del abuso es siempre un diagnóstico de sospecha. Aunque existan indicadores físicos, lesiones aparentemente evidentes de abuso, o los indicadores sean muy **inespecíficos** de abuso. Aunque quepa la posibilidad de falsas alegaciones, el procedimiento más eficaz, en nuestra experiencia, consiste en recoger y notificar los indicadores de sospecha sin asumir inicialmente la confirmación del diagnóstico. La posibilidad de falsas alegaciones no debe ser argumento para no completar un estudio continuado.

Por otra parte, la ausencia de lesiones o de verbalización del abuso por parte del menor, la no coincidencia de las valoraciones médicas o psicológicas, no descarta la propia existencia de formas graves de abuso sexual que no dejó marcas, lesiones que ya desaparecieron o, formas de abuso que se produjeron sin contacto genital o físico. (Gil Arrones y col., 2006) (Adams, 2016)

3.2 Clases de Abuso Sexual Infantil

Existen tres situaciones a diferenciar:

- a. **Abuso sexual por un extraño:** implica, en general, el uso de la fuerza física y suele ser denunciado por la familia del niño. El niño suele pedir inmediatamente auxilio a sus protectores y éstos, a su vez, pueden recurrir a un organismo competente.
- b. **Abuso sexual extrafamiliar por alguien emocionalmente significativo para el niño.** Generalmente no existe fuerza física, predomina la seducción y suele mantenerse en secreto; pero una vez conocido por los adultos responsables, acuden a la consulta.
- c. **Abuso sexual intrafamiliar.** Esta es la forma más frecuente, la de más difícil diagnóstico y tratamiento, dado que el abuso es mantenido en secreto por el grupo familiar.

“Cualquier niño puede ser objeto de acercamientos sexuales. Por su inmadurez, su dependencia y su necesidad de afecto tiende a confiar en los mayores y puede ser engañado con facilidad, en especial los más pequeños. Sin embargo, para que un episodio abusivo se transforme en una situación crónica se requieren otros ingredientes: la tendencia familiar a mantener los secretos mediante ocultamientos y mentiras hace que se instalen refinados mecanismos de comunicación familiar

que conducen, indefectiblemente, a la distorsión de las percepciones de todos los integrantes". (V., 1988; 262.)

Existen ciertos factores de riesgo que suelen detectarse en la observación del ASI, aunque estos no son excluyentes. (Pediatria., 2007; 105(4))(Guerra, 2000; 98(1))

1. **Características individuales del niño:** niñas, menores de 5 años, pasividad, sumisión, introversión, discapacidad. El desamparo afectivo es el gran factor de riesgo y puede producirse por rechazo o ausencia de los padres, es decir, todo factor que anule al niño como sujeto de necesidades y conflictos.

2. **Características familiares:** pueden ser coyunturales; divorcios controvertidos, nuevas uniones de grupos familiares o crónicos. Los hábitos familiares, como colecho, cohabitación, exhibicionismo, pornografía, etc., al producir sobrestimulación, generan a la vez sentimiento de desprotección.

3. **Factores socioeconómicos:** pobreza, promiscuidad, aislamiento social, así como toda situación que produzca una grave depresión, pueden ser causa de que el niño sea tomado como productor de libido o sea de vitalidad para los adultos. Es necesario destacar que esto también puede ocurrir en cualquier situación socioeconómica, en cuyo caso el factor clave es la desprotección emocional (Signos cutáneos del maltrato infantil, 2012;103(2))

La **denuncia** suele ser **tardía y conflictiva**, se rompe el silencio cuando alguno de los mecanismos de acomodación deja de ser efectivos pasado un determinado tiempo, por ejemplo en la pubertad, con los reclamos de libertad que puede hacer sobre todo una niña. En esa situación, su denuncia no es creíble pues se considera que miente para lograr su libertad y, más aún, cuando comunica que el abuso es de larga data. Luego es frecuente la **Retractación** de la denuncia, asustado por las consecuencias de su denuncia, confronta como reales los tan imaginarios temores amenazantes, divorcio de los padres, abandono económico, etc. En muchos casos, se produce un incremento del maltrato por haber denunciado; puede agregarse aquí la revictimización si existe mal manejo institucional del niño que ha revelado su caso. Ante esta situación, intenta retirar su denuncia.

Ante el develamiento de los hechos abusivos, es frecuente que las familias se disgreguen, al menos temporalmente. Ya en este punto empiezan las

complicaciones. Las madres deben prepararse para afrontar serios problemas en lo que hace a su propia autonomía y al manejo del dinero. El hecho de quedarse solas con sus hijos, afrontando la subsistencia y el sostén de esta situación tan compleja, es una decisión sumamente dura de sostener, más aun cuando los ofensores dejan de aportar a la economía familiar. Las primeras semanas que siguen a la fractura del secreto familiar representan un período de alta vulnerabilidad para todos los involucrados: las víctimas y aquellos que les creen. Los niños están sumergidos en sus propias crisis emocionales, ante el develamiento y los cambios bruscos e impredecibles que produce en la vida familiar. Los adultos que deberían contenerlos se encuentran desbordados por la complejidad de las circunstancias: las madres suelen estar extenuadas y deseosas de aceptar cualquier justificación o propuesta de los ofensores para olvidar el asunto, seguir viviendo juntos y comenzar **una nueva vida**.

Aunque no existe un **perfil del abusador** exacto o del **trasgresor manifiesto**, los estudios estadísticos arrojan los siguientes datos:

1. En más del 90% de los casos se trata de varones.
2. En el 70% de los casos superan los 35 años de edad.
3. Puede tratarse de profesionales cualificados.
4. Con frecuencia buscan trabajos o actividades que les permitan estar cerca de los niños.
5. Su nivel social puede ser medio o medio-alto.
6. En el 75% de los casos no tienen antecedentes penales.
7. Su nivel de reincidencia es altísimo, aun después de ser descubiertos y condenados.
8. No suelen ser conflictivos en la cárcel y muestran buen comportamiento.
9. No reconocen los hechos ni asumen su responsabilidad.
10. Normalmente tienen una familia a su cargo y, con frecuencia, hijos pequeños.
11. En más del 30% de los casos se trata del padre, el tío o el abuelo de la víctima.

3.3 Pasos a seguir ante la develación

El primer paso debe ser la protección del niño.

El procedimiento implica la permanencia del paciente únicamente con adultos capaces de resguardar su integridad psicofísica y evitar exponerlo a sufrir malos tratos o presiones que respondan a las necesidades de los adultos.

Es poco frecuente que el niño se exprese verbalmente sobre el abuso durante la consulta. Evolutivamente puede no hallarse maduro o bien estar emocionalmente imposibilitado para la expresión verbal.

Esto debe ser tenido en cuenta, sobre todo cuando en los peritajes judiciales se espera, como dato confirmatorio de diagnóstico, la comunicación verbal del niño sobre el hecho de haber sido abusado. (Gabinete psiquiátrico y psicológico forense Tribunal Superior de Justicia del Neuquén , 2014)

No debemos confundir expresión con verbalización. Primero se debe interrogar al adulto que trae al paciente a la consulta.

En la entrevista con el niño el pediatra no debe interrogar con preguntas dirigidas, las preguntas deben ser neutras ya que pueden influir en su respuesta. Es mejor no preguntar ni interrogar, que hacerlo de manera inconveniente. Cuando se produce la revelación, "hay un niño que está haciendo un enorme esfuerzo por romper un secreto y modificar una situación. Probablemente, haya estado dándole vueltas desde hace un tiempo a la cuestión de contar o no contar. El menor depende de alguien de afuera lo pueda ayudar; entonces, la respuesta del oyente es crucial".

Es incorrecto realizar preguntas compulsivamente sobre el tema porque puede aumentar la inhibición del niño para expresarse.

Independientemente de quién sea la persona -el pediatra o cualquier otro adulto referente- ante la cual el niño lo exprese, es importante considerar:

1. Escuchar y contener. Demostrar que se lo comprende y se toma muy en serio lo que dice.
2. Reconocer el esfuerzo que está haciendo al exponer el tema. Asegurar al niño que hace bien en decirlo. Si el niño tiene una relación cercana con el que lo abusa, se sentirá culpable por revelar el secreto. El niño se sentirá aterrado si ha sido amenazado con un posible daño a él o a su familia como castigo por divulgarlo.
3. Mostrarle que se le cree -para ello, hay que creerle realmente-. Generalmente, contarán lo que les sucede con mucho temor porque suponen que no se les dará crédito o porque les avergüenza lo que les está pasando.

4. Aclararle que lo que le sucede no es su culpa. La mayoría de los niños piensan que han sido la causa del abuso o se imaginan que se trata de un castigo por cosas malas -reales o imaginarias- que hicieron.

5. Aclararle sus derechos; que lo que le sucede no debería sucederle.

6. Expresarle que se está dispuesto a seguir escuchándolo cuantas veces sea necesario.

7. No expresar sentimientos negativos hacia los victimarios, que perjudiquen los acontecimientos posteriores. No hay que olvidar que puede existir un vínculo íntimo con la figura agresora.

Este tipo de intervenciones contribuye a reducir la confusión de la víctima, fortalecen su autoestima, legitiman las posibles motivaciones para buscar un cambio y facilitan el camino para futuras decisiones.

El diagnóstico de abuso sexual se realiza mediante la sumatoria de elementos. Si bien el examen es necesario, debe ser realizado en tiempo y en forma, muchas veces la revisión inoportuna de la zona genital y anal, prematura y sin aviso, sin la aceptación del niño, representa para éste, una nueva situación abusiva, que reedita las ya vividas como traumáticas. (Christian, 2015)

En ocasiones, es necesario realizar el examen de manera urgente el examen físico, y esto es cuando:

- La agresión es reciente -menos de 72 hs-, siendo posible tomar muestras biológicas y la pérdida de pruebas.
- Es necesario iniciar tratamiento médico, psicológico o quirúrgico de urgencia, por las lesiones halladas.

3.4 Las Implicancias Médico Legales - Marco legal

El Abuso Sexual Infantil está contemplado internacionalmente en la Convención Internacional de los Derechos del niño, como una forma del maltrato infantil; nuestro país adhirió al mismo, tomando rango constitucional, de ahí se promulga la ley nacional Ley De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes Ley 26.061/2005; cada provincia hizo lo propio, siendo la Ley 2302 en la Provincia de Neuquén, en el mismo sentido acompaña esta ley, la Ley 2785 Contra La Violencia Familiar (Comisión interinstitucional , 2015). Estas leyes son

administradas y ejecutadas por los Juzgados de familia, su objetivo se centra en la protección de los derechos de la NNyA.

Por otro lado tiene su competencia los Juzgados Penales, siendo la ley 25087/99 por la cual se modificaron los artículos relacionados con los delitos sexuales del código Penal, sustituyendo en su denominación y en su contenido, pasando a formar parte del título **Delitos contra la Integridad Sexual**, anulando la subdivisión en Capítulos y derogando los artículos 121, 122, 123 y 131. (A., 1999)

El sentido que se le da al bien jurídico -integridad sexual- se refiere a la libertad sexual de la persona capaz y libre de disponer sexualmente de su cuerpo, de comportarse de acuerdo con sus deseos sexuales u a la posibilidad de negarse ante una relación sexual no deseada o impuesta.

Los Delitos contra la Integridad Sexual se hallan tipificados de la siguiente forma:

1. Abuso Sexual y sus variantes -art. 119 y 120-
2. Corrupción y Prostitución -art. 125, 126 y 127-
3. Pornografía -art 128- es indistinto.
4. Exhibiciones obscenas -art. 129-
5. Rapto -art. 130-

Elementos que caracterizan al delito de acuerdo con el código penal:

Victimario: el género del sexo del autor puede ser indistinto o no discriminativo, implican actos abusivos hetero u homosexuales.

Acto: es el abuso sexual real por individuos de sexo masculino o femenino a través de una acción hetero u homosexual en víctimas de sexo cuyo género también es indistinto.

El acceso carnal, supone la existencia de una capacidad inmisiva y receptiva como vía y representada por las cavidades naturales del organismo -boca, ano, vagina-. En los heterosexuales constituyen regiones anatómicas que posibilitan el coito genital, bucal y anal, se excluye de su concepto el llamado **coito interfémora y/o interglúteo**. En los homosexuales masculinos admiten el coito anorectal y bucal en las lesbianas se practica el llamado cunnilinguis -linguovulvovaginal-.

Para que se consuma el delito de acceso carnal total o parcial es condición indispensable. En cualquiera de estas situaciones no es necesario que exista eyaculación, aunque cuando está presente se convierte en un importante elemento de prueba.

Circunstancias:

- Menor de trece años.
- Por medio de violencia o amenazas.
- Abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad o de poder
- Aprovechar que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

Víctima: persona de uno u otro sexo que no haya prestado su consentimiento libremente.

Consentimiento:

- Puede estar ausente -sin consentimiento-.

Uso de fuerza física, víctima en estado de indefensión por estar sujeta y/o acorralada o padecer enfermedad invalidante -parálisis-.

Víctima privada de la razón, estado de coma, conmoción o estado de inconciencia

- Puede ser nulo. -hay consentimiento pero este carece de validez-.

Dado por estar bajo amenaza, intimidación o abuso coactivo de una relación de dependencia, autoridad o poder.

Privada de la razón, inconciencia patológica y automatismos, entre otros.

- Puede no tener valor:

Para la ley penal los menores de trece años no pueden dar su consentimiento para este tipo de actos.

3.5 Denuncia

El Art.72 se refiere a que son delitos de instancia privada, cuando no resultare la muerte de la persona ofendida o lesiones de las mencionadas en el Art. 91 – gravísimas-; pero se obrará de oficio cuando el delito fuera cometido contra un menor que no tenga padres, tutor ni guardador o que lo fuera por uno de sus ascendientes, tutor o guardador. Contempla también cuando existen intereses gravemente

contrapuestos entre alguno de estos y el menor, el fiscal podrá actuar de oficio cuando así resultare más conveniente para el interés superior de aquel. (Zawadzki, 2005).

De lo anteriormente descripto se deduce que este tipo de delitos la denuncia solo debe realizarla la víctima, el tutor, guardador o representante legal. Se procederá de oficio cuando producto del delito ocurre lesiones gravísimas, la muerte -violación seguida de muerte- o existen intereses controvertidos entre el menor y su agresor -ascendiente –tutor – guardador-. (Argentina, 1999)

Los profesionales de la salud están obligados a denunciar. Esto aumenta la complejidad de la problemática del ASI. Según la ley, la sospecha seria o fundada es motivo suficiente para denunciar. En sentido técnico, la denuncia es el acto procesal mediante el cual se da conocimiento a la autoridad competente, por escrito o verbalmente, del hecho contrario a la ley, para que ésta proceda a su averiguación y protección. Es decir, que la denuncia supone dar aviso a la Justicia sobre una situación de riesgo y brindar así la oportunidad de que ésta intervenga. Por lo tanto, la denuncia, junto a la intervención del equipo de salud, cumple una función protectora y preventiva: protectora frente al peligro o riesgo actual en que se encuentre la persona menor de edad y preventiva porque debe evitar el acaecimiento de nuevos daños en aquélla. (Ministerio de salud de la presidencia de la nación., 2011) En la medida de lo posible, el equipo de salud debe trascender la instancia formal de denunciar, y posibilitar el abordaje interinstitucional entre el servicio de Justicia y los organismos de salud, según su nivel de complejidad y entrenamiento en la temática.

Algunos argumentos que se suelen utilizar para no denunciar, **es la idea errónea, el abuso sexual infantil es un delito de instancia privada.** En realidad, el Código Penal prevé que las personas que son víctimas de delitos sexuales pueden optar entre iniciar y proseguir una acción criminal o no, pero cuando las víctimas son menores, la responsabilidad de tomar esa decisión recae en sus representantes legales -padres o tutores-.

Ahora bien, cuando el ASI hubiera sido cometido presumiblemente por sus padres o representantes legales, o cuando se trate de un menor abandonado, rige la obligación de denunciar por parte de los profesionales de la salud o de los funcionarios públicos.

No obstante, el pediatra cumple con su responsabilidad habiendo formalizado la denuncia conforme la Ley de Protección Integral De Los Derechos Del NNyA.

Fundamentalmente, el **secreto profesional** apunta a proteger a la persona a quien la revelación injustificada del obligado a guardar secreto podría causarle o le causa un daño. En consecuencia, el secreto profesional, en términos de maltrato infantojuvenil, protege sólo a los adultos maltratadores, quienes se verían perjudicados ante la revelación de los hechos.

Por el contrario, las víctimas, en principio, no pueden verse perjudicadas por la revelación que hace el obligado a guardar el secreto –reiteramos, en términos de la situación de violencia intrafamiliar–, ya que dicha revelación no puede perjudicarla, sino todo lo contrario. De ello se concluye que el secreto existe siempre solamente en relación al autor o perpetrador, pero, dado el interés superior y público que tiende a la protección psicofísica de los niños, el obligado a guardar secreto se ve relevado de dicha obligación. Es más, se ve obligado a comunicar a la Justicia el caso del cual emerge una situación de riesgo que involucre a un niño maltratado. En síntesis, el relevo del secreto profesional es una consecuencia tácita de la obligación de denunciar.

La Protección jurídico-legal del denunciante, está contemplada en el Código Civil, establece que el ejercicio regular de un derecho propio o el cumplimiento de una obligación legal no puede constituir como ilícito ningún acto.

Por su lado el Código Penal, dispone que no es punible quien obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo. De ello resulta que, quienes cumplen con la obligación de denunciar gozan de inmunidad e indemnidad civil y penal, salvo los supuestos de mala fe.

3.6 La Pericia Médico Legal

El exponer las pericias físicas ante los estrados judiciales, generó la necesidad de acordar vocabulario concreto y uniforme para describir los signos físicos observados en la víctima, asociados al abuso y sus mecanismos de producción. (Marcela del Carmen Criado, 2008)

El diagnóstico médico-forense de abuso sexual de NNyA generalmente constituye un difícil desafío.

Las consecuencias de un error pericial en la materia son tan graves cuando se pasa por alto el abuso sexual como cuando se realiza su diagnóstico erróneo. (Adams, 2016). El abuso sexual presenta características distintivas que, a los efectos del trabajo

pericial, lo diferencian nítidamente de los atentados sexuales sobre personas adultas, a saber:

- La mayoría de los casos de abuso sexual son intradomiciliarios o perpetrados por personas muy allegadas y alrededor de un tercio son de carácter incestuoso.
- La mayoría de los casos de abuso sexual no incluyen una verdadera penetración vaginal o anal.

Estas dos características son determinantes de los hallazgos clínicos -anamnesis y examen físico- y paraclínicos que podrá encontrar el médico forense para fundar su diagnóstico. Además, explican las sustanciales diferencias periciales que existen entre los atentados sexuales con víctimas adultas o infantiles.

Pero no podemos olvidarnos que...-**La ausencia de signos o evidencias físicas no es sinónimo de ausencia de abuso. No puede dejar de recordarse que el relato claro y preciso del niño es el único y más importante elemento con que se cuenta para efectuar el diagnóstico de abuso sexual infantil-** (Physical signs of sexual abuse in children Second edition. Royal College of Physicians of London. 1997. Introduction. pag. 3)

Los posibles hallazgos periciales en los niños sexualmente abusados 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.

En 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 Gisbert Calabuig, **-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, cuantos más pequeños son, estos criterios carecen por completo de utilidad y acarrearán el enorme riesgo de hacer pasar desapercibido el abuso sexual.

Esquema de las principales diferencias de las características de las agresiones sexuales por edad.

	Adultos	Niños
Lugar de ocurrencia	Extra-domiciliario	Intradomiciliario
Denuncia de la víctima	Frecuente	Rara
Signos genitales	Frecuentes	Raros
Signos anales	Frecuentes	Raros
Signos de violencia extra-genital	Frecuentes	Excepcionales
Signos de violencia en el agresor	Posibles	Excepcionales

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 muy raro encontrar en los abusos infantiles.

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.

3.7 Especificidad de los hallazgos clínicos.

En la práctica médico-legal es muy raro encontrar signos específicos que permitan hacer diagnóstico de abuso sexual en los niños. 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.

Elementos con alta especificidad diagnóstica

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

Estos son: **Gravidez, Infecciones de transmisión sexual, Signos genitales relevantes.**

➤ **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 establecen como la mínima para consentir el coito, es una forma de objetivar un abuso sexual

➤ **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. (Sierra, 2001; 54)

Hemos esquematizado la especificidad de la ITS en tres grandes grupos:

- Grupo 1 (+++). Muy alta especificidad. Su diagnóstico en un niño, 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 determina un alto índice de sospecha de abuso sexual, pero tienen 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 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. Cuando existen, adquieren gran importancia por su elevada especificidad. 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 esta 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. (Víctor Manuel Vargas Hernández, 2007)

La utilidad del uso del colposcopio para la búsqueda de lesiones genitales en casos de atentados sexuales en mujeres postpuberales está bien demostrada. 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%-. 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.

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.**_(Stephen C. Boos, Angela J. Rosas, Cathy Boyle, & and John McCann, 2014)

Signos en el himen. Los **desgarros himeneales** son una evidencia de penetración, por lo que son un signo relevante y de una alta especificidad. Una buena exploración casi siempre permite diferenciarlos de las escotaduras congénitas, frecuentemente presentes en el borde libre del himen como variante anatómica. 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 -las más frecuentes en la infancia y las únicas anatómicamente posibles en niñas pequeñas-. (Cynthia DeLago, 2008;122)

Otros hallazgos con especificidad cuestionable

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. 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. La variabilidad en la experiencia de diferentes autores, obliga al perito a una actitud de suma prudencia al datar el momento de producción.

Otras lesiones genitales traumáticas: los **desgarros y las contusiones vulvares**

Introito, horquilla, clítoris, labios menores, meato uretral, causadas por maniobras de frotamiento, tocamiento o intento de penetración, son hallazgos relevantes. 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. (Nancy Kellogg & Neglect, 2009)

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.

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 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** -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, desgarró anal, disfunción esfinteriana o alegación del niño. (Navarro, 2001)

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. 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 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 niños mayores o adolescentes, lo habitual es que no cause lesiones traumáticas objetivables.

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. (José Pacheco D, 2005) (Exequías Latoche Fernández, 1999) (familia, 2000) (Artículos, 2014)

➤ **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-.

Sin perjuicio de esto, el desgarro puede tener otras topografías y ser múltiple. 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.

Clasificación de los hallazgos anogenitales en niños con sospecha de abuso sexual infantil

Tomado de la clasificación realizada por Muram en 1988 con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams de 1997.

- **Categoría o Clase 1:** Sin datos de abuso sexual infantil Examen genital normal. -Recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de ASI-.

- **Categoría o Clase 2:** Hallazgos inespecíficos de abuso sexual infantil -abuso posible-.

Signos físicos que podrían estar causados por ASI o por otra causa: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, existencia de condilomas en niña menor de dos años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal menor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

- **Categoría o Clase 3:** Hallazgos específicos de abuso sexual infantil -abuso probable-.

Presencia de uno o más signos sugestivos de ASI: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarramiento de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en niñas mayores de dos años. En la zona anal: desgarros

superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

- **Categoría o Clase 4:** Hallazgos de certeza de abuso sexual infantil -evidencia definitiva-.

Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo -por coito no consensuado-. Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o "hendidura completa". Cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para VIH -descartada la transmisión vertical-. Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el AS. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Alegación del menor

La alegación de abuso sexual por un niño es un hecho muy poco frecuente, y casi excepcional en los casos de abuso intradomiciliario. 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 a las condiciones permitidas por su edad.

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 niños en el sistema de salud. Suele verse ante una sospecha -fundada o no- que se interroga al niño 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 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 una patología psiquiátrica.

La mayoría de las falsas alegaciones tiene su origen en las personas adultas. 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** al 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. En otras ocasiones se trata de patologías delirantes o 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 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 niños muy pequeños. Al respecto, la mayoría de los expertos desaconseja entrevistar a los menores de tres años. Ello no obsta que algunas pautas admitan la posibilidad de valorar a los niños muy pequeños

-aún los lactantes- cuando se emplean técnicas muy especializadas y éstas son aplicadas por técnicos competentes.

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. Ésta 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.

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.

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. (Gabinete psiquiátrico y psicológico forense Tribunal Superior de Justicia del Neuquén , 2014)

Otras técnicas, como las que emplean muñecos sexuados, son muy controvertidas, por lo que debe desaconsejarse su empleo con finalidad diagnóstica -aunque sí puedan tener una utilidad terapéutica-.

En conclusión, la alegación del niño, 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 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.

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 éstas 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.

➤ **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.

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. Si bien no es muy frecuente, su presentación fundamenta una alta sospecha. 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. Se han señalado los siguientes criterios para considerar que la conducta sexualizada es problemática:

- 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 más comunes es la detección de inflexiones 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 parasuicidas, 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 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.

3.8 Situación en la Provincia de Neuquén

El Tribunal Superior De Justicia De La Provincia De Neuquén, posee un protocolo de atención a las víctimas con sospecha de abuso sexual. **Protocolo De Actuación Y Atención De Víctimas De Abuso Sexual Infantil.** Elaborado por las médicas infanto-juveniles del Gabinete interdisciplinario y Aprobado por Acuerdo 4471 del 16-12-2009. Este protocolo es el sugerido y utilizado por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto juvenil. Protocolo A.S.I. Y Violación Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. El mismo protocolo es utilizado por la Ciudad de Buenos Aires y el mayor parte del territorio argentino. En el mismo sentido el Ministerio de Salud lo toma como guía para la realización del Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud de abril 2015.

El cuerpo médico forense del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén tiene un área infantojuvenil que es la encargada de realizar las pericias médicas, las mismas son realizadas por pediatras. En el año 2017 se atendieron en

este consultorio 459 niños de los cuales 199 fueron periciados por Sospecha de Abuso Sexual, representando el 43.35 % del total de los niños periciados.

De los 199 niños periciados por sospecha de ASI, 156 -78,39%- fueron niñas o adolescentes, y de ellas 56 -35.89%- fueron iguales o menores de 6 años. Solo 43 -21,61%- fueron varones y de ellos 20 -46.51%- fueron iguales o menores de 6 años. La relación niñas/niños 3.6:1.

Con respecto a los hallazgos físicos según la Clasificación de Adams Clase 1: 31.15%, Clase 2: 15.07%, Clase 3: 30.15%, Clase 4: 3.01%, mientras que el 5.02% se negó a la realización del examen físico, el 14.07% no asistieron al turno dado y sin datos el 0.5%.

Estos exámenes periciales son solicitados por la Defensoría de los Derechos De La Niña, Del Niño Y Del Adolescente, Fiscalía De Delitos Sexuales, Fiscalía De Atención Genérica y Fiscalía de Delitos Juveniles.

La atención se realiza siguiendo el protocolo de Atención, el mismo aconsejado por la Asociación de Ginecología Infanto juvenil Argentina. Las dificultades que se observan en la actualidad, se centran básicamente, en el momento de realización de las mismas.

La autoridad judicial determina la realización del examen pericial médico-forense - examen pericial ginecológico – ante cualquier denuncia de sospecha de ASI, independiente del tenor de la denuncia, y en la mayoría de los casos sin ningún tipo de preparación del menor, transformándose una de las primeras diligencias judiciales solicitadas luego de ser aceptada la denuncia. Estas situaciones están desaconsejadas en las Guías De Buenas Prácticas En La Atención De Víctimas De ASI, propuesto por Jufejus, ADC, Unicef. (Virginia Berlinerblau, 2013), terminando en pericias inadecuadas y hasta excesivas para el hecho investigado, tornándose en una situación abusiva y otros casos inoportunos para el niño víctima, dejando de ser un Sujeto de Derechos al que debemos cuidar y proteger y transformado en un Objeto de Prueba.

4. CONCLUSIÓN

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.

Por el contrario, 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 los 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.

Principios generales para la peritación médico-legal del abuso sexual de niños

- 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 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 al 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 niños es uno de los desafíos más difíciles de la medicina legal.

El Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar del Comité de Salud Mental de la SAP ha intentado transmitir que, si bien el ASI ha existido siempre, actualmente existe una mayor conciencia y sensibilización, hechos que lo hacen aparecer como más frecuente. Que las características del fenómeno, el secreto y la distorsión de los datos hacen desconocer su frecuencia exacta.

Esto hará que podamos escuchar la demanda si somos receptivos y estamos disponibles.

Si bien se lo debe incluir entre otros diagnósticos diferenciales, lo sospecharemos si estamos al tanto de su existencia y manifestaciones clínicas. (Nancy D. Kellogg, 2009)

El Abuso es un evento complejo, sensible, grave y con grandes consecuencias hacia el futuro, que inevitablemente excede lo académico, desde cualquiera de las disciplinas que lo aborde, jurídico, asistencial, psicológico, social, filosófico y hasta antropológico. Sin embargo a la Pericia médico legal, se le exige que sea objetiva, irrefutable y acertada, ya que de la misma se desencadenan y determina efectos positivos y negativos de la víctima, su familia y del supuesto victimario.

Sin embargo la mirada del Abuso Sexual Infantil desde una sola de las disciplinas previamente descriptas provocará sin lugar a duda, una alta probabilidad de error diagnóstico de esta compleja situación por la cual está transitando la infancia.

5. BIBLIOGRAFÍA

A., A. (1999). Delitos contra la Integridad Sexual. *Revista Jurisprudencia Argentina*, 1021-31.

Adams, e. a. (2016). Mini-revisión Pautas actualizadas para la evaluación médica y cuidado de Niños que pueden haber sido abusados sexualmente. *journal/ pediatric adolesc gyneco*(29), 81-87.

Argentina, C. P. (1999). *Delitos contra la integridad sexual*. Buenos Aires.

Artículos, I. . (2014). *Infecciones de transmisión sexual no virales en*.

Astrid Heppenstall-Heger, M., Gina McConnell, R., Lynne Ticson, M., & Lisa Guerra, M. (October de 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.
- Barchietto, M. C. (4). Concepto y abordaje forense del abuso sexual infantil: Unapropuesta de actuación interdisciplinaria. *Cuadernos de medicina forense*, 15-19.
- Christian, C. o. (2015). The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 135(5), 1337–1354.
- Comisión interinstitucional . (2015). Protocolo único de intervención del gobierno de la Provincia de Neuquén.
- Comité de Salud Mental. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar . (2007). Qué hacer cuando se sospecha que un niño. . *Archivos Argentinos de Pediatría*, , 357-367.
- Criado, M., & Eleta, G. (2008). *Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual Infantojuvenil*. . Dosyuna ediciones argentinas.
- Cynthia DeLago, M. M. (2008;122). Girls Who Disclose Sexual Abuse: Urogenital. *Journal of Pediatrics* , 281-286.
- Exequías Latoche Fernández, C. L. (1999). Estudio anatómico del himen y su repercusión en medicina legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 16 (1-2), 2-7.
- familia, I. m. (2000). *Atención al abuso sexual infantil*. Instituto madrileño del menor y la familia.
- Fernández, J. P. (junio de 2014). Abuso sexual. *Pediatría Integral* , 18(05), 302-311.
- Fresco, D. A.–D. (2009). *Guías de Procedimientos en Ginecología Infanto Juvenil Capítulo 3. Delitos contra la integridad sexual (abuso sexual y violación)*.
- Gabinete interdisciplinario infantojuvenil . (2009). *Protocolo de actuación y atención de víctimas de abuso sexual infantil Acuerdo 4471* . Secretaría de Biblioteca y Jurisprudencia del Poder Judicial.
- Gabinete psiquiatrico y psicológico forense Tribunal Superior de Justicia del Neuquén . (2014). *Proyecto de Protocolo de Actuación en el abordaje a niños/as y adolescentes presuntas víctimas de abuso sexual y testigos*.
- Gil Arrones y col. (Enero-Abril de 2006). Valoración médica de la sospecha de abuso. *Cuad Med Forense*(12 (43-44)), 57-74.
- Gilberti, E. y. (2011). *Prácticas para asistir y defender a niños, niñas y adolescentes. Programa Las Víctimas contra las Violencias. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación*. buenos aires.

- Guerra, D. R. (2000; 98(1)). Abuso sexual en niñas y niños. Artículo Especial Sección Latinoamericana - Región Cono Sur. *Arch.argent.pediatr*, 27-33.
- Howard Dubowitz, M. M. (2009). Healing of Hymenal Injuries: Implications for Child. *PEDIATRICS* , 997-999.
- José Pacheco D, F. P. (2005). Lesiones del himen en la determinación médico legal de la integridad sexual. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 66(4), 274-281.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología* , 201 – 229.
- Marcela del Carmen Criado, G. E. (2008). *Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual Infantojuvenil*. Ciudadela: Dosyuna.
- Ministerio de salud de la presidencia de la nación. (2011). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*.
- Nancy D. Kellogg, M. (2009). Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors. *American Academy of Pediatrics*, 992-998.
- Nancy Kellogg, M., & Neglect, a. t. (2009). The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, 506-512.
- Navarro, D. P. (septiembre de 2001). Valoración de la región anal en el delito sexual en la medicina forense clínica. *Medicina Legal de Costa Rica*, vol.18 (n.2).
- Pediatría., C. d. (2007; 105(4)). Qué hacer cuando se sospecha que un niño. *Arch Argent Pediatr* , 357-367 .
- Ramírez, D. S. (Sep. de 2001). Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial. *Med. leg. Costa Rica*, 18 (2).
- Rodríguez-Almada, H. (2010;16(1-2):). Evaluación médico-legal del abuso sexual. *Cuad Med Forense*, 99-108.
- Sierra, O. G. (2001; 54). Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Anales Españoles de Pediatría* , 267-271.
- Signos cutáneos del maltrato infantil. (2012;103(2)). *Actas Dermosifiliográficas*, 94---99.
- Sociedad Argentina de Dermatología. (2004). *Consenso de actualización papiloma virus humano y herpes simplex virus*.

Stephen C. Boos, M., Angela J. Rosas, M., Cathy Boyle, P., & and John McCann, M. (2014). Anogenital Injuries in Child Pedestrians Run Over by Low-Speed Motor. *American Academy of Pediatrics*, 77-84.

Trabajo realizado por el Comité de Salud Mental. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar:. (2007; 105(4):). Qué hacer cuando se sospecha que un niño. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 357-367.

UNICEF-Ministerio de Salud Chile. (2011). *Guía Clínica Atención niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual*.

Urda, N. P. (2017). Talleres abuso sexual infantil. *Foro pediátrico*, 64-71.

Use of Hymenal Measurements in the Diagnosis of Previous Penetration. (February de 2002). *PEDIATRICS*, Vol. 109 (No. 2), 228-235.

V., I. I. (1988; 262.). *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires: Editorial Granica.

Víctor Manuel Vargas Hernández, J. E. (2007). Traumatismo genital en niñas y adolescentes. *Rev Hosp Jua Mex*(74(2):), 101-103.

Virginia Berlinerblau, M. N. (2013). *Guía de Buenas Prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Asociación por los Derechos.

World Health Organization. (1999). *World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention*. ginebra.

Yepes, D. M. (2001). *Guía práctica para el dictamen sexológico forense*. Colombia.

Zawadzki, D. N. (2005). Abuso sexual en la infancia y adolescencia: Revisión bibliográfica. *PEDIATRÍA Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 32(2).

6. ANEXOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN TSJ NQN:

Modelo de pericia utilizado

AUTOS:

EXpte.:

OBJETO: PROTOCOLO DE A.S.I.

**A LA SR. / A. FISCAL / DEFENSOR
DR/A.
FISCALIA / DEFENSORIA NRO.
SU DESPACHO**

La que suscribe, Dra. *, Se dirige a UD., con el objeto de informar que en el día **de ***de ***, siendo las *** hs., en el consultorio Infanto-Juvenil del Cuerpo Médico Forense, he procedido al reconocimiento médico del niño/adolescente *** DNI ***, acompañado por su *** Sr. /a *** DNI ***, quien brinda el consentimiento para la toma del anexo fotográfico, el cual queda bajo nuestro reguardo y será entregado si así correspondiese, realizado por la Tec. Lic. En Radiología ***.-

NOMBRE Y APELLIDO: ***** Edad *****
Domicilio ***** Tel. ** Escolaridad*****Grupo Familiar conviviente: *****

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE: ***
Edad *** Vínculo ***** DNI ***** Domicilio ***

RELATO DEL ACOMPAÑANTE:

RELATO DE LA NIÑA:

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR	
-----------------------------------	--

Edad ***Vínculo con la niña ***** ¿Convive? *****

FORMA DE LLEGADA A LA CONSULTA:
--

Demanda espontánea de la familia ***

Justicia: Fiscalía/Defensoría/Juzgado ***** Causa N° *****

Derivación de la Escuela ***** Otro profesional *****Otras: ****

MOTIVO DE LA SOSPECHA DE A.S.I.:

- Relato de la niña de situación de abuso/ violación de antigua/ reciente data
- Sospecha de un tercero de situación de A.S.I.
- Niña con sintomatología no específica y/o indicadores psicológicos de A.S.I.

TIEMPO TRANSCURRIDO DEL ÚLTIMO EPISODIO

¿Desde cuándo ocurren situaciones de A.S.I.?*****

EN CASO DE EPISODIO RECIENTE: ¿Se conservan ropa interior u otros elementos de prueba? ***** ¿Cuáles? *****

(Conservarlos en bolsas de papel rotuladas)

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Estadio Tanner (Desarrollo sexual Secundario):		Menarca:
Ritmo menstrual:	Regular/Irregular	Fecha de Ultima Menstruación:
Inicio de Relaciones Sexuales:		Mét. Anticonceptivo:
Otros:		

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

--

SIGNOS Y SINTOMAS EMOCIONALES (¿Cómo se presenta la niña?)

--

EXAMEN FISICO GENERAL (En presencia de familiar o de otro profesional)

Descripción de lesiones corporales (eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, marcas de dientes, quemaduras fracturas, etc.)

--

EXAMEN GENITAL (En presencia de familiar o de otro profesional)

Realizado: con visualización directa / con colposcopio
(Consignar con precisión la presencia de lesiones y de ser posible dibujar en un gráfico u obtener imágenes fotográficas)

Periné: Labios Mayores: Labios Menores: Clítoris: Pene: Testículos: Escroto:
--

SE REALIZA MANIOBRA DE RIENDAS PARA VIZUALIZAR

Himen: Uretra: Horquilla: Vagina: Secreción vaginal:
--

SE COLOCA A LA NIÑA EN POSICIÓN MAHOMETANA

Zona perianal: Esfínter anal: Observaciones:
--

TOMA DE MUESTRAS

(Sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con secreciones del agresor)

SANGRE

Solicitar: * Serología para H.I.V. (ELISA), sífilis (VDRL o FTA-abs), Hepatitis B (AG HBs o Ag anticore en niñas vacunadas), hepatitis C y D (Ig M e Ig G)

* Hemograma y hepatograma (en caso de tener que indicar trat. antiretroviral)

* Cultivo de orina

* Subunidad β HCG en niñas postmenárquicas

FLUJO VAGINAL

1.- Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto

2.- Hisopado uretral pre tratado, en medio de Stuart, para cultivo de flujo vaginal

3.- Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para *Chlamydia*

4.- Hisopado vaginal con hisopo estéril, secado del mismo, colocación en frasco estéril rotulado y conservación entre -20 y -70° C para búsqueda de espermatozoides y det. de A.D.N.

5.- Hisopado endocervical en pacientes con actividad sexual para búsqueda de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia*

MUESTRAS DE SECRECIONES ANALES

URETRALES

DE CAVIDAD ORAL

(Realizarlas ante la posibilidad o sospecha de contacto de esas zonas con secreciones del agresor)

MUESTRAS DE MANCHAS ORGANICAS

Recolección de superficies manchadas por raspado o hisopado con hisopo estéril embebido en sol. Fisiológica, secado y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70° C)

Clasificación de hallazgos anogenitales en niñas con sospecha de abuso sexual

Clase I: Examen genital normal.

Clase II: Hallazgos inespecíficos de abuso sexual.

Signos físicos que podrían estar causados por abuso sexual o por otras causas: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal. Borde himeneal irregular, muesca del himen que no comprometa la totalidad del ancho del himen (hendidura o escotadura).

En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, congestión venosa, fisuras anales, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.

Clase III: Hallazgos específicos de abuso sexual.

Presencia de uno o más signos sugestivos de abuso sexual: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarrado de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos, como laceraciones o equimosis en la vulva. Presencia de gérmenes de transmisión sexual.

En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

Clase IV: Hallazgos de certeza de abuso sexual.

Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo. Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o "hendidura completa". Cultivo positivo para *Neisseria gonorrhoeae*. Serología positiva para lúes o para VIH (descartada la transmisión vertical). Abuso sexual con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Adams JA, Harper K, Knudson S. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse

TRATAMIENTO

(Se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique: violación o sospecha de contacto de riesgo con las secreciones del agresor)

- Tratamiento de las lesiones corporales y/o genitales
- Vacuna antitetánica y plan antibiótico
- Antibioticoterapia preventiva para E.T.S.
- Tratamiento preventivo para H.I.V. (ideal antes de las 4 hs. y eventual hasta las 72 hs. y sólo cuando el riesgo lo justifique)
- Tratamiento preventivo de hepatitis B (antes de los 15 días)
- Prevención del embarazo con anticoncepción de emergencia (antes de las 72 hs.)
- Devolución a la niña y/o a su familia la significación de los hallazgos y su implicancia futura
- Apoyo psicológico de la niña y de su familia
- Manejo interdisciplinario del caso

TRATAMIENTO INDICADO
SEGUIMIENTO
CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES

Sin más que informar, saluda cordialmente a Ud.