

DOS CASOS DE ABUSO SEXUAL

Dres. Gustavo Pereira y Patricia Zagalsky (Editores)

PRIMER CASO CLINICO

*Dra. Patricia Zagalsky**

En esta oportunidad presentaremos dos casos de abuso sexual atendidos en el servicio para mostrar algunos aspectos grises.

El primer caso es el de Marta, un nombre de fantasía elegido para esta ocasión, una adolescente de 13 años que consultó por cefalea y vómitos de tres semanas de evolución. El dolor de cabeza era de tipo opresivo, biparietal, de intensidad 5 / 10, diurno, con 3 a 5 episodios por semana, y que cedía con el reposo e ibuprofeno. Los vómitos eran de contenido gástrico, matinales, cada vez más frecuentes, con mareos ocasionales.

Consultó por guardia, quedando en observación durante 36 horas en el Area de Emergencias. Al examen físico la paciente estaba en buen estado general, afebril, hemodinámicamente compensada y lúcida. Peso: 40 kg. Talla: 150 cm. Perímetro cefálico: cm. FC 120 por minuto. TA 110 / 60 mm Hg. FR 16 por minuto. Temperatura axilar 36,8°C. Los exámenes físico y neurológico eran normales. Fondo de ojo normal. Entre los exámenes complementarios, el hemograma, medio interno con función renal y el hepatograma no mostraban particularidades. Una ecografía abdominal y la TAC de cerebro sin contraste fueron normales. Se realizaron interconsultas con los servicios de Gastroenterología y Neurología,

egresando de la internación con pautas de alarma y control ambulatorio en nuestra institución.

Una semana después concurrió al Servicio de Mediano Riesgo con los mismos síntomas. En esta oportunidad se la observaba angustiada. Como nuevos signos al examen físico hallamos una contractura bilateral del músculo trapecio y clonus agotable en ambos pies.

Entre los antecedentes familiares podemos mencionar que su padre, de 35 años, era herrero y hacía changas, y su madre, de 38 años, trabajaba de empleada doméstica dos veces por semana. De este matrimonio existían otros 5 hermanos de Martha de 16, 14, 10, 6 y 2 años. Todos vivían en una casa con dos dormitorios, en una el matrimonio y en la otra todos los hijos. De una primera pareja, el padre tenía una joven de 18 años y un adolescente de 17 años, que no convivían.

Ante la falta de claridad del cuadro clínico y la sospecha de su origen emocional, se decidió entrevistar a solas a la paciente bajo un estricto pacto de confidencialidad. Contó que su hermano de 16 años manoseaba sus genitales y la amenazaba. Desesperadamente se negaba a que esta situación fuera puesta en conocimiento de sus padres.

Y acá surge nuestra primera situación gris. ¿Cuáles son los alcances de un pacto de confidencialidad? Tal vez la doctora Patricia García Arrigoni nos pueda ilustrar sobre este tópico a la luz de su experiencia en la atención de adolescentes en nuestro hospital.

* Médica Principal del Servicio de Mediano Riesgo. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

*Dra. Patricia García Arrigoni**

El secreto médico es una promesa de silencio singular integrada en la práctica de la medicina desde hace miles de años. Es uno de los pilares sobre los que descansa la relación médico-paciente y, por tanto, su valoración y análisis puede hacerse desde el punto de vista de cada uno, pero ambos enfoques deben resultar complementarios. El secreto es un deber del médico, que responde a un derecho fundamental del enfermo, y ambos deben ser preservados. Aparece vinculado íntimamente con los derechos fundamentales de la persona enferma y se concreta en el derecho a la información, el derecho a no ser sometido a tratamiento alguno sin su consentimiento y el derecho a la intimidad. Este último es difícil de definir porque afecta a la esfera más profunda de la personalidad y por lo tanto a sus elementos más estables y permanentes, pero también a sus componentes cambiantes, modificables, fruto de la coyuntura, de la sensibilidad personal y social. La intimidad la determina cada cual y podemos definirla como aquella información personal que corresponde a un individuo, determinando su libertad y comportamiento como ser humano. Se incluye todo lo espiritual, íntimo y reservado de una persona o un grupo, en especial de la familia. Así se considera toda la información relativa a la salud y a las relaciones afectivas, sexuales, de raza, religión, ideas políticas, etc. Así, el paciente puede revelar todas sus verdades y todas sus miserias confiando en la lealtad del médico. Sin tal garantía de confianza, la relación entre médico y enfermo, y con ella, el propio ejercicio de la medicina, no serían posibles.

Dependerá de la comprensión de cada persona que podamos establecer un pacto de confidencialidad. En nuestra población podemos considerar que tal capacidad existe a partir de los once años de edad. La paciente puede confiar que lo dicho quedará resguardado por el secreto profesional salvo que exista una justa causa para revelarlo. Justa causa es que exista peligro de vida para su persona o para terceros. Habitualmente antes de la entrevista, ponemos en conocimiento del adolescente, y de sus padres, que frente a una situación de estas características, se charlaría y compartiría la información, levantando el secreto profesional.

*Lic. Nora Fridman***

Esta es una circunstancia frecuente en el ejercicio de nuestra profesión. Muchos chicos tienen mucho temor de hablar, porque creen que les contaremos a sus padres las respuestas.

*Dra. María Susana Ciruzzi**

El secreto médico no logra escapar al inmenso conflicto entre lo público y lo privado, que, pese a su antigüedad, hoy día más que nunca obliga a un esfuerzo jurídico complejo. Si entendemos que nuestro deseo es construir una sociedad que propicie el ejercicio de libertades legítimas en el seno de instituciones democráticas, resulta indispensable salvaguardar la intimidad y proteger la privacidad. También me gustaría abordarlo desde una perspectiva bioética. Por la misma relación asistencial médico-paciente debemos guardar esta confidencialidad. Estamos obligados a ella en la medida que no existan riesgos para los menores o para terceros.

En el caso que ustedes como profesionales se encuentren circunstancialmente obligados a revelar el secreto profesional, es imprescindible que primero se lo hagan saber al paciente y decirle que es necesario para protegerlo. Jamás se levantará este secreto sin el conocimiento de nuestro paciente, debiendo trabajar en su negativa si se diera el caso. En su defecto estarían violando una obligación ética.

*Dr. Luis Eduardo Urrutia***

¿Cómo hubieran enfrentado esta situación en su propio consultorio alguno de los pediatras del auditorio?

*Dr. Pablo Barvosa****

Este tipo de situaciones me provocan una gran angustia. Afortunadamente es el tipo de paciente que se ve en el hospital, donde puede ser abordado y contenido por un equipo multidisciplinario capacitado.

Me llamó la atención que fuera un hermano biológico el ofensor, porque estoy más acostumbrado a observarlo en padrastros y hermanastros.

Dra. Zagalsky:

El abuso sexual abarca todas las clases sociales. Existe el prejuicio que no se observa en las clases sociales acomodadas.

En este primer caso, los dos implicados pertenecían a la misma familia y convivían bajo el mismo techo. Es una situación de gran impacto muy difícil de sobrellevar para los padres, que a veces sienten que deben elegir entre uno de ellos. Se han podido trabajar estos aspectos con el equipo.

También ha sido muy movilizador para los profesionales intervinientes desde lo humano y lo estricto.

* Médica Principal del Servicio de Adolescencia.

** Psicóloga del Servicio de Salud Mental.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

* Abogada de la Dirección de Asuntos Jurídicos.

** Coordinador del Área de Emergencias.

*** Médico Principal del CIM 62.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

tamente profesional, pudiendo respetar el secreto con esta paciente.

*Dr. Laurencena**

¿Tuvo la menarca esta adolescente? ¿Tenía novio o ya había iniciado relaciones sexuales?

Tal vez en los ámbitos sociales sumergidos, el hacinamiento funcione como un facilitador del abuso sexual, tomando como ejemplo las condiciones de vivienda de esta familia y las pulsiones sexuales propias de la edad del hermano.

Pregunto si cabría la posibilidad, ante el temor de la paciente a que se entere su madre, que el abusador fuera el padre también.

Dra. Fridman:

La menarca la tuvo a los 12 años. Esta paciente no había aceptado tener novio ni había tenido relaciones sexuales. Su padre era autoritario y represor. No permitía la expresión sexual de sus hijos. Aunque no la había dejado tener novio hasta la fecha, tenía un amigo-novio a quien prácticamente no podía ver por el estricto control paterno.

Dra. García Arrigoni:

Es muy correcta la pregunta del doctor Laurencena. En nuestro país, la edad media de comienzo de las relaciones sexuales en las adolescentes es entre los 14 a los 15 años.

*Dr. David Pattin***

Según la experiencia del servicio, la condición socioeconómica no es causa de abuso sexual, pero funciona como facilitadora del daño.

*Dra. Fanny Breitman****

Después de realizar la interconsulta con la licenciada Fridman y mantener la entrevista con la paciente, se la citó con su familia en 72 horas para trabajar primero con ella y luego con sus padres. No estábamos seguros que ésta fuera la opción correcta, era una decisión gris. Era la oportunidad perfecta para que esta joven pudiera metabolizar todo lo charlado en la entrevista y aceptara el hecho de notificar a sus padres de todo lo sucedido para que la pudieran proteger.

Dra. Zagalsky:

Se realizó una interconsulta con la ginecóloga; el test de embarazo fue negativo, al igual que las serologías para hepatitis B y HIV.

El Servicio Social fue convocado a una reunión junto a los pediatras intervinientes y la licenciada

Fridman con la paciente y sus padres para exponer todas las circunstancias, después del consentimiento de la adolescente para hacerlo. Era una familia estructurada y continente que no aceptó inicialmente el problema.

Al día siguiente, el equipo interdisciplinario entrevistó al hermano de 16 años con sus padres, y luego se hizo una presentación ante el Consejo de Defensa de los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes (CDDNNA) de la zona de residencia, pactando una cita con la asistente social, el abogado y el psicólogo.

Dr. Urrutia:

¿Es frecuente este tipo de reacciones en los padres cuando toman conocimiento de una situación de abuso sexual intrafamiliar?

Dra. Breitman:

No soy una experta en el tema para decir qué reacciones son esperables, pero me parece que existen tantas como personas. En este caso, ambos padres fueron muy transparentes y mostraron una enorme angustia cuando supieron que uno de sus hijos estaba abusando de otro. Lo primero que apareció fue la negación, que no podía ser, que su hija estaba mintiendo. Más tarde, con algunas explicaciones sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las conductas sexuales en los adolescentes, surgió una tímida aceptación con muchas lágrimas. Habría buscado un objeto sexual en su hermana a partir de la convivencia en la misma habitación. Los padres recordaron algunas anécdotas que ahora tomaban mayor trascendencia. Por un lado, la madre le tenía prohibido tener relaciones sexuales porque sospechaba que era adicto, hecho nunca confirmado. En segundo lugar, en una noche de verano encontraron en la cama de la paciente a este hermano, que se hizo el sonámbulo. A partir de ese momento lo enviaron a dormir a la cocina para que tuviera mayor privacidad, apareciendo una sanción o la puesta de un límite, pero sin poner el tema en discusión explícita. De esto no se habla. Finalmente, la paciente contó que cuando su hermano la besaba en la boca y manoseaba sus genitales, buscaba refugio en la cama de su hermana. Era evidente que la situación era conocida entre los hermanos, pero no era hablada, se mantenía oculta hasta que emergió con dolores de cabeza y vómitos. Un comentario interesante fue que la mamá pensaba que tal vez estuviera embarazada cuando presentó estas manifestaciones clínicas.

Dra. Zagalsky:

En el tema del abuso sexual es fundamental trabajar en forma interdisciplinaria. Desde los consultorios, ante la sospecha de cualquier forma de violencia sobre un paciente, solicitamos la interven-

* Médica Pediatra.

** Jefe del Servicio de Salud Mental.

*** Jefa del Servicio de Mediano Riesgo.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

ción de una asistente social y del Servicio de Salud Mental. Así se generan miradas complementarias que permiten determinar la mejor estrategia para cada situación. El producto de esta interacción es un informe único para ser presentado ante el CDDNNA, planteando incluso las medidas que creemos pertinentes. Anteriormente, cada uno de nosotros elevaba un informe por separado. Lamentablemente, estamos frente a una patología que se ha vuelto más visible y la sociedad está más sensibilizada. Antes de informar al CDDNNA, debemos reflexionar como equipo la mejor estrategia a seguir, buscando ayudar a estas familias sin involucrarnos emocionalmente. De ninguna manera debemos pensar que la ley es la respuesta, sino que es una herramienta para proteger los derechos de nuestros pacientes.

A nivel nacional, la ley 24.417, de protección contra la violencia familiar, es importante para los médicos. En su artículo 2° obliga a efectuar la denuncia a los servicios asistenciales o educativos, públicos o privados, a los profesionales de la salud y a todo funcionario público en razón de su labor. También, el menor puede directamente poner en conocimiento de los hechos al ministerio público. En este enunciado quedan comprendidos los docentes, quienes en los últimos años se han convertido en receptores de casos de abuso sexual. Finalmente, a nivel nacional fue sancionada la ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el año 2005. En su artículo noveno, los organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral que promuevan la recuperación.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, está la ley 114, para la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. El artículo 39 expresa que toda persona que tome conocimiento de la existencia de abuso físico, psíquico, sexual, trato negligente, malos tratos o explotación de niños y adolescentes, debe comunicarlo inmediatamente a los organismos competentes y a las defensorías zonales creadas por la presente ley. Si fuere funcionario, su incumplimiento lo hará pasible de sanción. Para hacer efectiva esta denuncia, el CDDNNA tiene una guardia permanente, a la que se puede llamar para consultar inclusive. En principio, no debemos hacer intervenir al fuero penal a través de la denuncia a la policía.

Como vemos, nuestro marco jurídico es moderno, amplio y con un enfoque integral. La realidad es otra porque no hay muchos lugares que brinden asistencia.

Dra. Ciruzzi:

Generalmente cuando hablamos de denunciar estos hechos, nos imaginamos el fuero penal. Sin embargo, conforme a la ley 24.417, la debemos hacer ante el CDDNNA porque se privilegia la in-

tervención del fuero civil por sobre el penal. En el derecho penal se tipifica un delito y se busca a su autor para imputarlo y aplicarle una pena, sin ocuparse de la víctima. Nosotros debemos proteger a los menores, siendo el fuero civil el único que se ocupa. Un juez penal puede disponer de medidas de protección de la víctima solamente a partir del momento en que el procesamiento está firme, y en la justicia argentina suele demorar un año. Otro juez, pero en el fuero civil, tarda 24 horas. Tal como ya enunciara la doctora Zagalsky, la denuncia debe hacerse ante el CDDNNA. Si bien la ley establece un plazo de 72 horas para la denuncia, dicho plazo es prorrogable a juicio del equipo de salud, de modo de recabar la mayor cantidad de evidencia y tener la mayor certeza posible antes de realizarla.

Dra. Breitman:

Las cefaleas y los vómitos de la paciente desaparecieron como por arte de magia.

¿Te parece comenzar con la presentación del segundo caso?

SEGUNDO CASO CLINICO

Dra. Zagalsky:

El segundo caso que queríamos presentar es el de Valeria, de 7 años, que concurrió al consultorio de Mediano Riesgo acompañada por su madre y su tía. El motivo de consulta era un abuso por Mario, su primo de 12 años. La madre los habría encontrado en una situación sospechosa; y el adolescente desapareció del hogar durante tres días después que fuera fuertemente apercibido por su tía.

Valeria dijo que existieron otras oportunidades en que fue abusada por su primo, que le hacía doler y le tapaba la boca con la mano cuando ella gritaba pidiendo ayuda.

Últimamente, la maestra de la niña había citado a su madre en cuatro oportunidades porque estaba desatenta, agresiva y usaba expresiones con contenido sexual.

Mario contó que fue abusado por sus compañeros en el colegio, los mismos que le que habrían presionado para que haga lo mismo con su prima.

Era una familia oriunda de Bolivia que residía en un barrio humilde en el partido de Lomas de Zamora. El núcleo familiar estaba compuesto por el padre, de 40 años de edad y albañil, la madre, de 39 años ama de casa, y un hermano de 5 años. La tía de 29 años vivía a pocas cuadras con su pareja y cinco hijos. Todos los chicos asistían a la misma escuela. Ambas familias negaban violencia intrafamiliar.

Se realizó una evaluación conjunta entre los servicios de Clínica, Ginecología, Salud Mental y Servicio Social. El examen ginecológico fue normal, al igual que los exámenes complementarios, incluyendo serología para HIV.

Los dos protagonistas de este caso son menores

de edad y, en primera instancia, podríamos decir que se trataba de juegos exploratorios de sus cuerpos. Sin embargo, es incorrecta esta interpretación porque había una clara conducta sexual de Mario con sometimiento de su prima; y por su parte Valeria presentaba claras manifestaciones psicológicas por esta violencia. Había una desigualdad, con una falta de consentimiento. En pocas palabras, existía una situación de abuso sexual.

También este caso fue presentado ante el CDD-NNA y constatamos telefónicamente que habían concurrido y ambos menores estaban bajo tratamiento.

Me gustaría dar algunas definiciones en este momento de la presentación. Llamamos abuso sexual a la interacción o el contacto entre un niño o un adulto, cuando el adulto usa sexualmente al niño para estimularse a si mismo o a otra persona, existiendo siempre una relación de poder. Es un proceso crónico, que generalmente no utiliza la fuerza física, el agresor es generalmente conocido por la víctima, y tanto el secreto como el poder están involucrados. Siempre deja secuelas, siendo una de ellas la labilidad emocional. Estoy convencida que los pediatras tenemos un rol fundamental en la detección de esta forma de violencia y debemos comprometernos con estos pacientes. Entre las formas de presentación podemos mencionar al contacto físico, el incesto y la violación. Y definimos violación, según la modificación de ley 25087 del año 1999, como el acceso carnal con penetración del pene en cualquier cavidad (vaginal, anal o bucal). Es un evento único, inesperado, impredecible, con uso de la fuerza, dejando estigmas físicos generalmente.

El examen físico no es el elemento más importante en la evaluación de un caso de abuso sexual, pero es fundamental que los pediatras sepamos examinar correctamente los genitales y la región perineal. Existen hallazgos físicos específicos como las lesiones en la zona perineal anterior, las hemorragias vaginales, las infecciones genitales y el embarazo. También encontramos manifestaciones inespecíficas, que son las más difíciles de ver, como cefaleas, dolor abdominal recurrente, enuresis, encopresis y trastornos de la conducta alimentaria.

Hace algunos años se hablaba de juegos sexuales cuando existía una diferencia de hasta 5 años de edad. Actualmente, el comportamiento sexual abusivo para un chico es el elemento clave. Puede haber una diferencia de 2 años pero la niña lo percibe como una situación de abuso, de sometimiento o de violencia.

Dra. Ciruzzi:

Hay algunos conceptos desde lo jurídico que me gustaría aclarar.

El primero es que entendemos por igualdad. Con

ella nos referimos al balance de autoridad o de poder en una relación, donde ambos participantes están en el mismo nivel, sin ser ninguno controlado por el otro. A veces, la desigualdad es tan obvia como una diferencia de tamaño o de inteligencia. En otras oportunidades, es tan sutil como la coerción ejercida por Mario sobre su prima Valeria. También este adolescente estaba siendo presionado por un grupo de compañeros del colegio. La violencia escolar aparece cada vez con mayor frecuencia en nuestra sociedad.

En segundo lugar, por consentir entendemos que conocemos aquello que se está proponiendo y sus posibles consecuencias. Con menos de 13 años el consentimiento nunca es válido, como sucedía con Valeria. Entre los 13 y los 16 años, el consentimiento es válido solamente con alguien de la propia edad, pero no cuando exista una diferencia importante y, mucho menos, cuando en esa relación participa un mayor. Recién a partir de los 16 años el consentimiento es plenamente válido.

Dr. Urrutia:

¿Cuáles son los comportamientos sexuales esperables en pre-púberes, púberes y post-púberes?

Dra. Zagalsky:

Es una pregunta muy interesante y un campo donde existe desconocimiento.

En los pre-púberes son normales jugar al doctor, besos y toqueteos, juegos sexuales sin penetración y la reproducción de conversaciones sexuales entre pares. Entre los post-púberes, los abrazos, los besos y las caricias, las conversaciones con contenido sexual, las instigaciones sexuales, la masturbación, tanto solitaria como mutua, y el tomarse de las manos.

Existen guías que señalan las conductas sexuales reactivas donde el adulto debe actuar. Entre los pre-púberes, algunas de estas conductas son las conversaciones sobre sexo explícito con pares, la exposición de los genitales a otros, una preocupación desmedida por temas sexuales, y la masturbación en grupo, aún por video. En los post-púberes, algunos ejemplos son la gran ansiedad y preocupación sexual con obscenidades, el interés por la pornografía, y la violación del espacio corporal del otro como el bajar los pantalones. Un problema que está surgiendo actualmente en nuestras escuelas es la masturbación en clase; y los docentes no tienen las herramientas para manejar adecuadamente esta situación.

Según la presidenta de la Comisión Internacional de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, una de cada 5 niñas y uno de cada 10 varones sufrirán un episodio de violencia sexual antes de los 18 años de edad por una persona conocida.

TABLA 1: CLASIFICACION DE LOS HALLAZGOS ANO-GENITALES EN NIÑOS CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI).

<ul style="list-style-type: none"> • 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).
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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, 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, 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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). 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 <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, serología positiva para sífilis o para VIH (descartada la transmisión vertical). Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el ASI. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe. Enfermedades de transmisión sexual (Tabla 2).

Actualmente hasta un 25 % de los agresores no son adultos convivientes sino otros chicos o adolescentes. Por tal motivo, sería importante desarrollar un programa de prevención e intervención en estas situaciones de riesgo, y elaborar un código de comportamiento para toda persona que tenga contacto frecuente con niños y adolescentes. No deberían faltar la cortesía y el respeto, no avergonzar al niño, emplear un lenguaje acorde a la edad, no tener comportamientos que puedan interpretarse como insinuaciones de índole sexual, y notificar a las autoridades ante la sospecha de maltrato. Este último punto está fallando en los

TABLA 2: ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y NIVEL DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

ETS	Nivel de sospecha de ASI
Gonococia adquirida en etapa posnatal.	Alto
Sífilis adquirida en etapa posnatal.	Alto
VIH si no es infección perinatal o secundaria a transfusión.	Alto
<i>Chlamidia trachomatis</i> .	Mediano
Condilomas acuminados infección por HPV.	Mediano
Herpes genital.	Mediano
Vaginitis inespecífica.	Bajo (seguimiento clínico habitual)
ETS: Enfermedades de transmisión sexual.	

colegios ante chicos que sufren hostigamiento por compañeros de mayor edad.

Dra. Ciruzzi:

En realidad, los delitos sexuales son delitos contra la libertad sexual, porque lo que se está protegiendo es el derecho que cada uno de nosotros tiene de involucrarse en una situación sexual con quién, cómo y cuando queramos. Debemos dejar de ver al ofensor como un sujeto con un apetito sexual desenfrenado, sino que estamos frente a un delito de dominación y sometimiento, cosificando a la víctima. No se trata solamente de la satisfacción sexual, sino de humillar con el uso del sexo.

La doctora Zagalsky mencionó que la ley fue modificada en relación al acceso carnal, incorporando el concepto por cualquier vía. Lamentablemente el tema del sexo oral violento o con coacción, también conocido como penetración bucofaringea, sigue en discusión en la justicia argentina.

Por último, me gustaría aclarar que la pornografía en sí misma no es un delito, pero sí lo es exponer a ella a un tercero en contra de su voluntad.

*Dra. Paula Califano**

En el 90% de los pacientes con sospecha de abuso sexual, no hay signos en el examen de los genitales, a veces hay lesiones de sospecha y en muy pocas oportunidades de sospecha firme. Para

* Médica Ginecóloga Infantil.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

orientarnos existe una clasificación muy simple utilizada por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación. Fue hecha por Muram en el año 1988 con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams de 1997 (Tabla 1).

La mayoría de los pacientes que me consultan se pueden encuadrar en las primeras dos categorías o clases.

Dra. Breitman:

Una estadística casera en el servicio es la de recibir la consulta de un paciente por semana con sospecha de abuso, una cifra que realmente asusta. En el Servicio de Mediano Riesgo seleccionamos estos dos casos entre menores de edad porque son difíciles de interpretar.

REFERENCIAS

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- Ley Nacional 24.417 – Protección contra la Violencia Familiar. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>
- Ley Nacional 26.061 – Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ley Nacional 26.529 – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366>
- Ley CABA 114 – Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley114.html>
- Rodríguez Sendín J. Consideraciones sobre el Secreto Profesional Médico. http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/secreto_prof.pdf
- Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar. Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. Arch. Argent. Pediatr. 2007; Vol. 105; N° 4: 357-367.