

Violencia sexual en la infancia, ¿mito o verdad?

Haurtzaroan sexu-indarkeria: mitoa ala egia?

M. Erroz Ferrer¹, P. Mateos Torre¹,
M.Á. Sánchez Durán¹, A. Gancedo Baranda²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra. ²Pediatría Social. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

RESUMEN

La violencia sexual infantil (VSI) es un tipo de maltrato infantil de elevada prevalencia y graves consecuencias para la víctima. Dada su limitada visibilización social y formación sanitaria, su prevención es escasa y está infra-diagnosticada.

Objetivos: Evaluar los conocimientos de los profesionales sanitarios, desmontar los mitos que perpetúan la VSI y como consecuencia, impulsar un abordaje óptimo de la VSI por parte de los profesionales sanitarios.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal (Octubre 2024) de las encuestas respondidas por residentes de pediatría con el fin de evaluar sus conocimientos en VSI (5 ítems). Control de sesgo de información con 2 preguntas sobre su formación previa en la materia.

Resultados: Un total de 131 residentes respondieron a la encuesta, el 27,5% habían recibido formación mediante Consulta de Pediatría Social en su hospital, el 65,6% mediante cursos o sesiones y el 26,5% no habían recibido formación alguna. Los residentes obtuvieron un 89,9% de acierto global (93% en el subgrupo "Consulta de Pediatría Social"). El ítem con menor porcentaje de acierto fue el segundo (74% global vs 86,1% subgrupo), que versa sobre la ausencia de signos físicos de alarma en la exploración física.

Conclusiones: El conjunto de los residentes sondeados presentan un buen nivel de conocimiento en VSI, sobre todo aquellos formados en hospitales con Unidad de Pediatría Social. Con ello, se deduce que la implementación de estas unidades en el territorio español redundará en un óptimo abordaje de las víctimas de VSI, así como a la correcta formación de pediatras y residentes de Pediatría.

Palabras clave: Violencia sexual; Infancia; Mitos; Encuesta; Prevención.

LABURPENA

Haurren aurkako sexu-indarkeria prebalentzia handia duten eta biktimarentzat ondorio larriak dituzten tratatu txarren mota bat da. Agerikotasun

txikia du gizartean, eta mugatua da harekin lotutako osasun-prestakuntza; hortaz, gutxiegi diagnostikatzen da, eta prebentzioa oso eskasa da.

Helburuak: Osasun-profesionalen ezagutzak ebaluatzea, haurren aurkako sexu-indarkeria betikotzen duten mitoak ezabatzea eta, ondorioz, osasun-profesionalen indarkeria-mota horri behar bezala hel diezaizoten bultzatzea.

Metodoak: Pediatriako egoiliarrek 2024ko urrian egindako inkesten behaketazko zehar-azterketa deskribatzailea egitea, haurren aurkako sexu-indarkeriari buruz dituzten ezagutzak ebaluatzeke (5 item). Informazio-alborapena kontrolatzea, gaiari buruzko alde aurreko prestakuntzari buruzko 2 galderarekin.

Emaitzak: 131 egoiliarrek erantzun zioten inkestari: % 27,5ek ospitalean jaso zuen prestakuntza, Pediatria Sozialeko Kontsultaren bidez; % 65,6k ikastaro edo saioen bidez lortu zuen prestakuntza, eta % 26,5ek ez zuen inolako prestakuntzarik jaso. Egoiliarrek galderen % 89,9 asmatu zuten batez beste (% 93, «Pediatria Sozialeko Kontsulta» azpitaldean). Bigarren itemak (miaketa fisikoan alarma-zantzu fisikorik ez egoteari buruzkoak) izan zuen asmatze-ehunekorik txikiena —% 74koa orokorrean eta % 86,1koa azpitaldean—.

Ondorioak: Oro har, inkesta egin duten egoiliarrek ezagutza-maila ona dute haurren aurkako sexu-indarkeriari buruz; gehienbat, Pediatria Sozialeko Unitatea duten ospitaleetan prestatu direnek. Hortaz, ondorioztatzen da Espainian unitate horiek ezartzea lagungarria izango dela haurren aurkako sexu-indarkeriaren biktimak behar bezala artatzeko, baita pediatrek eta pediatriako egoiliarrek prestakuntza egokia lor dezaten ere.

Hitz gakoak: Sexu-indarkeria; Haurtzaroa; Mitoak; Inkesta; Prebentzioa.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En 1990, en respuesta a la Convención sobre los Derechos del Niño, promulgada por Naciones Unidas y apoyada por España, se definen 4 principios fundamentales relacionados con los derechos de los menores de edad (considerados como todos aquellos menores de 18 años): 1) el derecho a la vida, la supervivencia

y el desarrollo, 2) la no discriminación, 3) el interés superior del menor y 4) el derecho a ser partícipe en las situaciones que les afectan. Posteriormente en 2008, la Organización Mundial de la Salud incluyó la violencia como un problema de salud pública. Desde entonces, se han sucedido diversas definiciones de maltrato infantil, que añaden a los daños físicos, psicológicos y sociales, la vulneración de los derechos de las víctimas, junto con el ejercicio de control y poder del victimario sobre las víctimas.

Concretamente, existen cuatro tipos de maltrato infantil. El más frecuente es la negligencia donde las necesidades básicas del NNA (Niño, Niña o Adolescente) no son atendidas por los cuidadores principales. El segundo en frecuencia es el maltrato psicológico o emocional, donde los cuidadores principales hacen sentir de manera reiterada al NNA que no es querido, escuchado, protegido, aceptado ni valorado. En tercer lugar se encuentra el maltrato físico que se define por cualquier acción intencional que cause daño físico, lesiones o dolor y que incluye también los castigos corporales excesivos o desproporcionados. Por último, la violencia sexual en la infancia (VSI).

La VSI constituye el 9,59% de los casos de maltrato citados por el Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) de 2021. Se define la VSI como la coacción por parte de un adulto hacia un menor de 18 años (con o sin contacto físico), o bien a cualquier actividad de índole sexual que ocurre entre un menor de 16 años

y un adulto (aunque exista consentimiento por parte del menor) y por último, a aquella actividad sexual entre menores de edad si existe una evidente diferencia de madurez y desarrollo psicofísico entre víctima y agresor. Se considera el límite de 16 años al ser la edad mínima para el consentimiento sexual legal en España⁽¹⁾.

Las víctimas pueden enfrentar consecuencias que se traducen en graves problemas físicos y psicológicos, los cuales a menudo son difíciles de expresar debido a la vergüenza que generan y se convierten en un tema tabú para ellas. Este hecho complica la visibilidad de la VSI y favorece el crecimiento de mitos alrededor de la misma con percepciones erróneas en relación a su contexto, prevalencia y consecuencias.

Ante la elevada prevalencia de VSI en nuestra sociedad, es primordial visibilizar este problema de cara a desmontar mitos en torno a ella, concienciar a toda la sociedad, especialmente a las personas que trabajan con menores y en definitiva, ayudar de manera efectiva a las víctimas de VSI.

Para tal fin, se debe avanzar en la prevención desde los distintos ámbitos en los que se trabaja con menores (educación, actividades extraescolares, servicios de salud, servicios sociales, residencias de menores...), con la ayuda de un imprescindible trabajo en red y comunicación fluida entre las distintas disciplinas. En el ámbito sanitario, la falta de conocimientos de los profesionales de la salud acerca

de la VSI, su prevalencia y su manejo en la práctica clínica, puede ser un obstáculo para su prevención⁽²⁾. Por ello, se ha diseñado este estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre los mitos que perpetúan la VSI, como paso inicial en la mejora de su abordaje.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal evaluando el conocimiento de residentes de Pediatría en Octubre 2024 sobre mitos en VSI, mediante la realización de una encuesta virtual. Para ello, se elabora un cuestionario de 5 ítems con opción de respuesta verdad o mito (Tabla I). Para evitar el sesgo de información, se incorporan 2 preguntas relacionadas con conocimientos previos en relación a la materia y, por ende, mayor probabilidad de contestar el cuestionario de manera correcta. La primera cuestión hace mención a la existencia de una consulta de Pediatría Social en el hospital del encuestado y la segunda cursa en torno a la formación previa específica sobre el tema, mediante charlas divulgativas, sesiones de servicio, etc.

Para su mayor difusión se envía enlace web vía WhatsApp®, a residentes de Pediatría de diferentes hospitales de España como Barcelona (San Joan de Deu, Vall d'Hebron), Madrid (La Paz, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Universitario Fundación Alcorcón), Bilbao (Basurto, Cruces), Valencia (La Fe), Sevilla

TABLA I. CUESTIONARIO DE 5 ÍTEMS CON OPCIÓN DE RESPUESTA VERDAD O MITO EN EL QUE SE ESPECIFICAN LAS RESPUESTAS CORRECTAS, CLASIFICANDO EN MITO O VERDAD CADA AFIRMACIÓN.

Afirmaciones	Verdad	Mito
Una de cada 5 mujeres y uno de cada 7 hombres en el mundo declaran haber sufrido violencia sexual cuando tenían entre 0 y 17 años.	Respuesta correcta	
En los casos de violencia sexual en niños, se suelen encontrar signos físicos de alarma en la exploración que te hacen pensar en ello		Respuesta correcta
El incesto y otros tipos de violencia sexual infantil ocurren casi siempre en familias pobres o sin educación.		Respuesta correcta
La persona que abusa de un niño es frecuentemente alguien de su entorno cercano	Respuesta correcta	
Es fácil que un niño imagine historias y se invente cosas. Por ello, si dicen que están siendo violentados sexualmente hay que ser escépticos de primeras, llevando a cabo una entrevista minuciosa para averiguarlo		Respuesta correcta

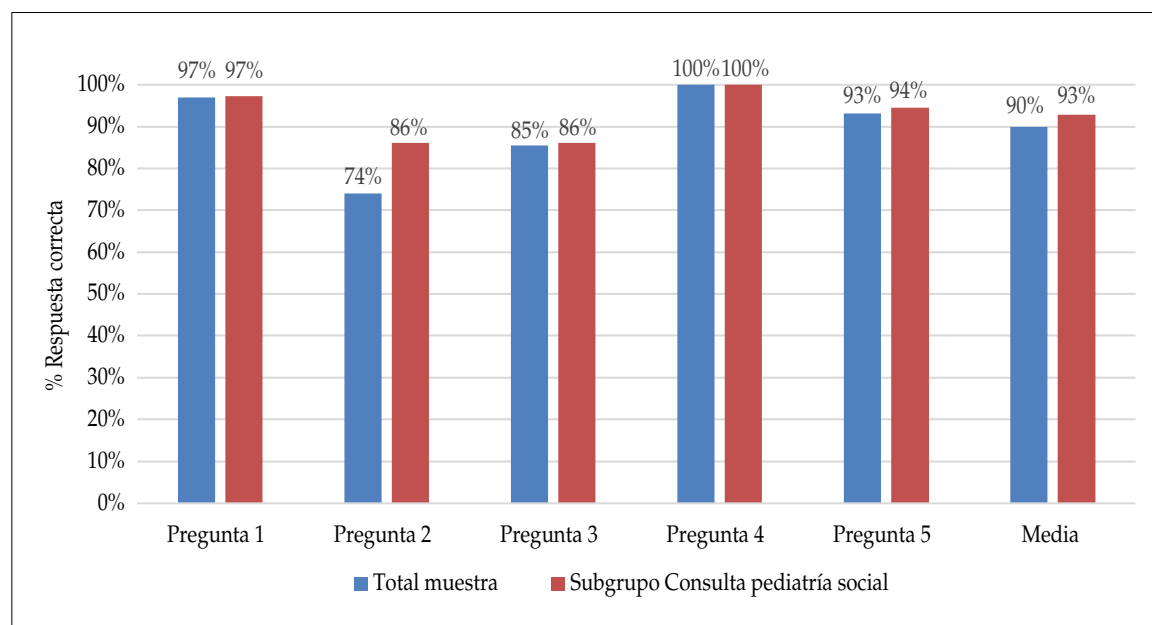


Figura 1. Diagrama de barras de porcentajes de acierto promedio y de cada ítem en toda la muestra y en el subgrupo.

(Hospital Virgen de la Macarena), Salamanca y Burgos. La difusión se realizó a través de grupos de contactos accesibles en esta aplicación. Dentro del cuestionario no se incluyeron variables epidemiológicas como sexo, edad, año de residencia ni hospital de origen. Tras un plazo de respuesta de dos semanas, se analizan los resultados en Microsoft Excel.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la difusión vía WhatsApp®, se obtuvieron un total de 131 respuestas a la encuesta. Se analizaron la presencia de consulta de Pediatría Social o haber recibido formación relacionada previa como principales responsables del sesgo de información. La estrategia de difusión y la ausencia del hospital de origen de los encuestados pueden ser una limitación del presente estudio.

Teniendo eso en cuenta, dentro de las 131 respuestas se observó que el 27,5% refieren tener consulta de Pediatría Social en sus respectivos hospitales y el 65,6% habían recibido formación acerca de pediatría social o eventos adversos en la infancia (EAI) a lo largo de su residencia, mientras que el 26,5% no habían dispuesto de acceso a formación o consulta especializada.

En general, destaca el alto nivel de conocimiento de los encuestados con un 89,9% de acierto promedio en todas las preguntas. Probablemente se deba al contacto con estas situaciones a través de consultas en Atención Primaria, Urgencias o planta de hospitalización, además de la formación recibida por otras vías como charlas divulgativas o sesiones. El subgrupo de encuestados “Consulta de Pediatría Social” en su hospital obtuvieron mayores tasas de acierto globalmente (92,8%) y en cada pregunta individualmente (Fig. 1).

En relación a las respuestas de los 5 ítems de la encuesta, se muestra esta tabla resumen con el porcentaje de aciertos en cada una (Tabla II).

El primer ítem se considera como “verdad”, al ser cierto que una de cada cinco mujeres y uno de cada siete hombres en el mundo declaran haber sufrido abusos sexuales cuando tenían entre 0 y 17 años según datos de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (3). El 96,9% de participantes reconoce la respuesta como “verdad”, una tasa de acierto similar en el subgrupo “Consulta de Pediatría social” (97,2%).

El segundo, se califica como “mito”, ya que en la mayoría de los casos de violencia sexual en menores no se suelen encontrar signos físicos de alarma en la exploración que hagan

aumentar la sospecha. Incluso cuando los niños presentan signos físicos, estos suelen indicar otros problemas además de la violencia sexual⁽⁴⁾. En estos casos, será el relato del menor lo que hará aumentar la sospecha de violencia sexual, junto con alteraciones de conducta que afecten los genitales del niño (conductas sexualizadas inapropiadas), conocimientos sexuales impropios para la edad, o alteraciones en otros ámbitos de su vida (como fracaso escolar, insomnio, enuresis secundaria o encopresis)⁽⁴⁾. Estos últimos son ejemplos de datos de alarma que nos deben hacer sospechar de VSI, especialmente si surgen de repente y no tienen causas obvias⁽⁴⁾. En caso de presentar lesiones a la exploración física compatibles con VSI, estas serían por ejemplo: lesiones perineales específicas de penetración (laceración himeneal o anal, ausencia de tejido himeneal sin trauma previo), infecciones de transmisión sexual descartadas otras vías de contagio (especialmente sospechoso el hallazgo de infección por Chlamydia y Trichomonas en mayores de 3 años), eritema vulvar o flujo⁽⁴⁾. Esta pregunta presenta el menor porcentaje de aciertos del total (74%) y la mayor diferencia con respecto al subgrupo “Consulta de Pediatría Social” (86,1%).

La tercera pregunta se designa como “mito” ya que, si bien un bajo nivel socioeconómico

TABLA II. RESULTADOS CUESTIONARIO “VERDAD O MITO” RESPECTO A VSI CON % ACIERTOS EN CADA RESPUESTA.

Ítem	Verdad	Mito	Número aciertos (% acierto)
1	Una de cada 5 mujeres y uno de cada 7 hombres en el mundo declaran haber sufrido violencia sexual cuando tenían entre 0 y 17 años.		127 (96,9%)
2		En los casos de violencia sexual en niños, se suelen encontrar signos físicos de alarma en la exploración que te hacen pensar en ello.	97 (74%)
3		El incesto y otros tipos de violencia sexual infantil ocurren casi siempre en familias pobres o sin educación.	112 (85,5%)
4	La persona que abusa de un niño es frecuentemente alguien de su entorno cercano.		131 (100%)
5		Es fácil que un niño imagine historias y se invente cosas. Por ello, si dicen que están siendo violentados sexualmente hay que ser escépticos de primeras, llevando a cabo una entrevista minuciosa para averiguarlo.	123 (93,1%)

es un factor de riesgo de VSI, esta se da en todas las clases sociales. Tradicionalmente, se ha asociado un bajo nivel socioeconómico con un aumento del maltrato infantil, lo que puede apoyar el mito de que la VSI solo ocurre en familias con características específicas (p. ej., bajos ingresos, desorganizadas, inestables). Sin embargo, la evidencia muestra que la VSI puede ocurrir independientemente del estatus socioeconómico y cultural⁽²⁾. El 85,5% acierta en este ítem, similar en el otro subgrupo (86,1%).

El cuarto ítem se califica como “verdad”, al ser cierto que la persona que abusa de un niño es frecuentemente alguien de su entorno cercano. Tradicionalmente se veía al agresor como un hombre desconocido que tenía problemas psicológicos o dificultades con el control de impulsos. Este mito sobre los abusadores perpetúa la creencia de que los niños odian al abusador y que el abuso es fácil de detectar para otros adultos. En cambio, la literatura científica muestra que los perfiles de los abusadores pueden variar y que son un grupo heterogéneo sin una psicopatología específica. Es por esto que hay que mantener un alto nivel de sospecha guiados por los signos de alarma previamente comentados, y no dejarse engañar por sospechar un perfil concreto de abusador⁽²⁾. El 100% de los encuestados reconoce esta respuesta como verdadera.

Por último, el quinto y último ítem se considera como “mito”, ya que siempre se debe escuchar atentamente al menor, sin interpretar ni juzgar, dando credibilidad a su relato. Los datos científicos apoyan esta afirmación ya que solo un 2% de las denuncias en los tribunales concluyen en acusaciones falsas de violencia sexual, desmintiendo este mito popular⁽²⁾. El papel de los pediatras y otros profesionales de la salud es el de entrevistar lo suficiente como para detectar signos de alarma, y derivar a los organismos encargados de valorar estos casos de manera integral, evitando múltiples entrevistas y la victimización secundaria del menor. Posteriormente será el juzgado, con todos los datos a su disposición, quien deberá determinar si se considera violencia sexual o no. En Navarra concretamente, se está desarrollando un proyecto denominado “Barnahus” (o “Casa de los niños”) que tiene como objetivo reunir a todos los servicios que intervienen en la atención al menor que pueda haber sufrido VSI, con el objetivo de abordar las sospechas de violencia que puedan surgir de manera multidisciplinar, evitando la revictimización secundaria y asegurando al mismo tiempo la obtención de testimonios para el proceso judicial. En la encuesta, el 93,1% de los encuestados reconoce la respuesta como verdadera (94,4% del subgrupo de encuestados con consulta de Pediatría Social

en su hospital). La naturaleza de las muestras, los tamaños muestrales y los subgrupos no permiten realizar estudios que demuestran diferencias en significación estadística entre los mismos.

CONCLUSIONES

La violencia sexual en la infancia es una realidad que a pesar de estar en descenso respecto a décadas anteriores, aún sigue estando muy presente en nuestra sociedad. Se está trabajando desde muchas entidades públicas y privadas, como el proyecto Barnahus, para mejorar su abordaje. No obstante, todavía falta mucho camino por conseguir un modelo que mejore la prevención, la sensibilidad para detectar casos y su posterior manejo, que debe ser rápido, eficaz, seguro y que minimice la victimización secundaria y otras consecuencias negativas de las víctimas.

Dado el alto porcentaje de respuestas correctas entre los encuestados, se deduce que tienen un alto nivel de conocimiento en relación a la VSI, especialmente en pediatras en formación en hospitales donde existe una consulta de Pediatría Social. A pesar de que en los últimos años se están creando muchas consultas de Pediatría Social en el territorio español, aún siguen siendo insuficientes por

lo que sería necesaria su implementación en la mayoría de hospitales de España. Esto no ayudaría solo a la formación, sino a un mejor manejo de los pacientes que han sufrido este tipo de violencia, favoreciendo un óptimo de bronquitis recurrente.

Asimismo, se considera primordial la formación, en forma de rotaciones en centros donde haya Unidad de Pediatría Social o en otras modalidades, para continuar mejorando en la

detección y abordaje de VSI y otras formas de maltrato infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo Queipo de Llano B, Sainz T, Díez Sáez C, Barrios Miras E, Bueno Barriocanal M, Cózar Olmo JA, et al. La violencia como problema de salud. *An Pediatr*. 2024; 100: 202-11.
2. Ferragut M, Rueda P, Cerezo MV, Ortiz-Tallo M. What do we know about child sexual abuse? Myths and truths in Spain. *Journal of Interpersonal Violence*. 2020; 37(1-2): NP757-75.
3. UNICEF. Sexual violence. Octubre de 2024. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/#status>.
4. TEDI BEAR Children's Advocacy Center. East Carolina University, Brody School of Medicine. Child sexual abuse: Myth vs. fact. Disponible en: <https://tedibear.ecu.edu/fact-sheets-and-downloads/>