

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntzako Gradua / Grado en Medicina

Haurren Aurkako Sexu Abusua / Abuso Sexual Infantil

Atzera begirada bat, aurrera egiten jarraitzeko / Una mirada hacia atrás para seguir avanzando

Egilea /Autor:

Marta Fantova Barrena

Zuzendaria / Director/a:

Amaia Arbeloa Miranda

© 2020, Marta Fantova Barrena / Marta Fantova Barrena

ESKERRAK

Lan hau Medikuntza Graduko Amaierako Lan bezala garatua izan da. Lana aurrera atera ahal izateko bai ospitale zein unibertsitateko profesional askoren laguntza izan dut, eta haiei eskerrak ematen hasi nahiko nuke.

Lehenik eta behin Amaia Arbeloa Mirandari, lanaren zuzendaria, Pediatra eta EHUKo Pediatria Irakasle Elkartua eta Pediatriako Larrialdietako Espainiako Elkarteko Haurren kontrako tratu txarren taldeko kidea (SEUP). Lan honen ideagatik, lan guztiaren ikuskapen eta jarraipena egiteagatik, eta bide guztia hainbeste errazteagatik.

Baita ere Karmele Diez Sáezi, Basurtuko Unibertsitate Ospitaleko Garapenerako Pediatriako eta Pediatria Sozialeko pediatra arduraduna, eta SEUPeko haurren kontrako tratu txarren taldeko kidea. Bere aholkularitza eta laguntza tekniko guztiagatik. Amelia Valladolid Urdangarayeri, Basurtuko Unibertsitate Ospitaleko Ginekologiako Sexu Eraso arduraduna, bere aholkularitzagatik.

Maitane Urizar Elorzari, Gure Sarea Elkarteko kidea eta haurren kontrako sexu abusuetan espezialista, emandako informazio eta formakuntzagatik. Garazi Paz Ondarroari, Basurtoko Unibertsitate Ospitaleko Pediatriako mediku egoiliarra, ikerketa aurrera eramaten laguntzeagatik. Iñigo Gorostiza Hormaetxeri, Basurtoko Unibertsitate Ospitaleko ikerketa unitateko kidea, analisi estadistikoa garatzeagatik. Eta azkenik Jose Ramon Ruedari, Leioako Medikuntza Graduko Estatistika irakaslea, estatistikako duda guztiak argitzeagatik.

AURKIBIDEA

1.	SARRERA	1
2.	HAURREN AURKAKO TRATU TXARRAK	1
2.1.	DEFINIZIOA	1
2.2.	TRATU TXAR MOTAK	3
3.	HAURREN AURKAKO SEXU ABUSUA	6
3.1.	DEFINIZIOA	6
3.2.	MOTAK	6
3.3.	EPIDEMIOLOGIA	7
3.4.	ARRISKU ETA BABES FAKTOREAK	10
3.4.1.	Arrisku faktoreak	10
3.4.2.	Babes faktoreak	12
3.5.	ABUSU ADIERAZLEAK	13
3.5.1.	Adierazle oso espezifikoak	13
3.5.2.	Sexu abusu probableen adierazleak	14
3.5.3.	Sexu-abusuaren adierazle zehaztugabeak	15
3.6.	NOLA JOKATU HAURREN AURKAKO SEXU ABUSUEN AURREAN .	16
3.6.1.	Historia klinikoa	18
3.6.2.	Miaketa fisikoa	20
3.6.3.	Diagnostiko diferentziala	21
3.6.4.	Froga osagarriak	22
3.6.5.	Tratamendua	23
3.6.6.	Jakinarazpena eta jarraipena	24
3.6.7.	Haurren eta nerabeen aurkako tratu txarrei aurre egiteko zailtasun nagusiak ...	26
3.6.8.	Zailtasun horiek eragiten dituzten ondorioak	26
3.6.9.	Idea garrantzitsuak	27
3.7.	ABUSUEN ONDORIOAK EPE LABUR ETA LUZERA	27
3.8.	PREBENTZIOA	30
4.	IKERKETAREN JUSTIFIKAZIOA	31
5.	HELBURUAK	32
6.	MATERIAL ETA METODOAK	32
6.1.	IKERKETAREN GARAPENA	32
6.2.	IKERKETA MOTA	33
6.3.	IKERKETAREN MUGAK	33
6.4.	KONTSIDERAZIO ETIKOAK ETA KONFIDENTZIALTASUNA	34
7.	EMAITZAK	34
8.	EZTABAIDA	41

9. ONDORIOAK.....	46
10. BIBLIOGRAFIA.....	47
11. ERANSKINAK.....	50
11.1. SEXU BIDEZ TRANSMITTUTAKO INFEKZIOEN PROFILAXIAREN DOSIAK	50
11.2. ABUSUA SUFRITUTAKO UME BATEKIN ELKARRIZKETAREN ADIBIDEA	51
11.3. ABUSUAK JASAN DITUZTEN UMEEN ETXEA.....	52

1. SARRERA

Haurren aurkako sexu abusua arazo pribatu izatetik gizartearentzako erronka eta lehentasun izatera pasatu da. Hala ere, sexu abusua lau neskatotik bati eta zazpi mutikotik bati eragiten dien arazoa bada ere, kasuen %10a baino gutxiago salatzen iristen dira, eta familia barruko kasuak direnean % 2 soilik ezagutarazten da gertatzen ari den momentuan.

Prebalentzia hori handia izan arren intzidentzia txikia da, hau da, jakinarazten diren kasu kopurua, horren arrazoi bat hurrekin kontaktuan dauden profesionalen formakuntza eza da. Lan honetan alde batetik, azken 10 urteetan Bilbao – Basurto ESIan artatutako kasuen eta horietan jarraitutako protokoloaren atzera begirako azterketa deskribatzailea egingo dugu, eta, bestetik, gaiaren berrikuspen bibliografikoa formakuntzan sakontzen eta zabaltzen saiatzeko.

2. HAURREN AURKAKO TRATU TXARRAK

2.1. DEFINIZIOA

Ez da erraza tratu txarren definizioa egitea, agian errazagoa da tratu onak zer diren jakitea eta ondorioz tratu txarrak izango dira irizpide horiek betetzen ez dituztenak. Tratu ona zera da, umeei bizitzan bere osotasunean gauzatu ahal izateko beharrezkoak dituzten zaintza lanak. ⁽¹⁾

Behar desberdinak dituzte: alde batetik behar biologikoak. Hauek zerikusia daukate ongizate fisikoarekin, elikadura, lo egin, higieena, ariketa fisikoa eta egon litezkeen arriskuetatik babestea. Bestetik behar kognitiboak. Ikasi, estimulu sozial eta indibidualak, mundua ulertu, etab. Eta azkenik behar emozionalak; familia bat izan, maitatua sentitu, kolektibo baten parte sentitu, atxikimendua...

Kontutan hartuta Umeen Eskubideen Konbentzioa (Convención sobre los Derechos del Niño, NBEak onartutakoa 1989an), behar horiek eskubideak bilakatzen dira, eta beraz babes legala izan behar dute. (1)

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) honela definitzen du haurren kontrako tratu txarrak: "18 urtetik beherakoek jasaten dituzten abusuak edo arreta ezak, barnean hartuta tratu txar fisiko edo psikologiko, sexu-abusu, arreta eza, zabarkeria eta merkataritza-esplotazio edo bestelako mota guztiak, baldin eta umearen osasunari, garapenari edo duintasunari kaltea eragiten badiote edo eragin badiezaioke, edo haren biziraupena arriskuan jartzen badute, konfiantzazko harreman baten testuinguruan".

Nazio Batuen Haurren Eskubideen Konbentzioak (1989) 19. artikuluan haurren aurkako tratu txarrak aipatzen ditu: "Edozein indarkeria, kalte edo abusu fisiko edo mental, zabarkeria edo tratu arduragabe, tratu txar edo esplotazio, haurra gurasoen, tutore baten edo bere ardurapean duen beste edozein pertsonaren zaintzapean dagoen bitartean" bezala definituz.

Gainera, UNICEF-ek gaineratzen du familia-taldean edo gizarte-erakundeetan gerta daitekeela. Tratu txarrak betearaz daitezke norbanakoen eta taldeen eskubideak ez betetzeagatik, ezabatzeagatik edo urratzeagatik, eta eskubide horien barruan sartzen da abandonu partzial edo totala. (2)

Tratu txarrak arazo pribatua izateari utzi diote arazo soziala izateko, baina haren nagusitasuna gutxietsita dago, zalantzarik gabe. Ez dago benetako prebalentziari buruzko ikerketa zehatzik, ezta estatistika fidagarrikerik ere; gainera, arlo horretako ikerketa urria da. Lehenengo zailtasuna egile bakoitzarentzat bere diagnostikoak izan dezakeen zabaltasunean eta azterlan bakoitzaren adin marjina datza, baina antzemandako kasuak Rostaden icebergaren figurarekin alderatu daitezke. Gehienek (Muela edo Pereda kasu) uste dute azterlan epidemiologikoen ez dituztela benetako intzidentzia eta prebalentzia islatzen, eta onartzen dute gertatzen diren kasuen %10-20 bitartean detektatzen direla. Intzidentzia jasotzea zaila da datuak ez direlako biltzen.

Eusko Jaurlaritzak 2020an argitaratutako “Violencia hacia niñas, niños y adolescentes en la CAPV; diagnóstico, retos y orientaciones” azterlanaren arabera, Europan, zaintzaileek tratatu txarrak ematen dizkiete hamar adingabetik bati; hamarretik bik arduragabekeria fisikoa jasaten dute; eta hamarretik hiruk tratatu txar emozionalak jasotzen dituzte. Espainian, kalkuluen arabera, haurren %25ek baino gehiagok tratatu txarrak jasan dituzte zaintzaileen aldetik. 2017an, Haurren Tratatu Txarren Erregistro Bateratuari 1.121 kasu jakinarazi zitzaizkion EAEn, hau da, 305,6 kasu 18 urtetik beherako 100.000 biztanleko. Jakinarazpenen %13,7 kasu larriei dagozkie, eta gainerako %86,3a kasu arinei edo ertainei. %88,2 zabarkeria kasuak izan ziren, %9 indarkeria emozionalaren kasuak, %1,8 sexu abusuen kasuak eta %0,9 tratatu txar fisikoen kasuak. (3)

OMEren eskualde europarrak 2013an ebaluatu zuen Europan haurren kontrako tratatu txar bakoitzeko 0,07ko hilkortasuna 100.000 umeko, Espainian 0,18koa da. AEBetan 2 milioi salaketa baino gehiago aurkeztu dira urtero, eta 1.250 heriotza baino gehiago gertatu izan dira. Espainian urteko 40.000 salaketaz eta 90 heriotzaz hitz egiten da. Gure inguruko herrialdeetan nesken bostetik bat eta mutilen zazpitik bat sexu abusuen biktimak dira. (4)

2.2. TRATU TXAR MOTAK

Egiten dena (ekintza), egiten ez dena (omisioa) edo modu desegokian egiten dena (zabarkeria) sar daitezke haurren kontrako tratatu txarren barruan, haurrari kalte fisiko, psikologiko, emozional eta soziala eragiteaz gain, bere eskubideak eta ongizatea ere barnean hartzen baititu, zuzenbideko subjektutzat hartuta. Horri dagokionez, Haurren Eskubideei buruzko Nazio Batuen Komitearen 14. behatoki orokorrak (2013) azpimarratzen du haurrak eskubidea duela bere interes gorena gizartearentzat funtsezko kontsiderazioa izan dadin.

Nazio Batuen Batzordearen 13. behatoki orokorrak (2011) honela sailkatzen ditu indarkeria motak osasun-arloan:

1.- Tratu txar fisikoa: haur edo nerabe baten aurka istripuz egiten ez den eta kalte fisikoa edo gaixotasuna eragiten duen ekintza oro da. Kontzeptu horren barruan sartzen dira objektuak jaurtitzea, ile tiroak, belarri tiroak, kolpeak, ostikoak, astindua, hozkadak, itotzea...

2.- Zabarkeriagatik eta/edo abandonuagatik tratu txarrak: adingabearen oinarrizko premiei aldi baterako edo betiko jaramonik egiten ez denean. Haurraren edo nerabearen garapenean eta ongizatean laguntzeko osasuna, hezkuntza, garapen emozionala, nutrizioa, etxebizitza eta bizi baldintza seguru eta babestuak hornitzeko moduan dagoen familiako kide baten eskutik.

3.- Tratu txar psikologikoa edo emozionala: haurraren edo nerabearen autoestimuan sentimendu negatiboak eragiten dituzten eta haren ekimenak mugatzen dituzten jardueren edo gabezien egoera kronikoa (gutxiespena, hitzezko arbuioa, irainak, larderia, diskriminazioa ...). Tratu txar emozional gisa katalogatuta dagoen helduaren jokabide aktiboek (izutzea, isolatzea, usteltzea ...) edo abandonu emozional gisa katalogatuta dagoen jokabideak (ez ikusiarena egitea) eragindako egoerak bereiz daitezke.

4.- Sexu-abusua: haur edo nerabe bat helduaren sexu-nahiak asetzeko erabiltzen da, gizartearen tabu sozial eta legalak urratzen dituzten sexu-jardueretan parte hartuz edo ikusiaraziz (intzestua, bortxaketa, ukituak, hitzezko sedukzioa, adingabe baten aurrean masturbazioa, pornografia...). Jarduera horietarako ez dago prestatuta, eta, beraz, abusua da bere adostasuna edozein dela ere. Espainian baimendutako sexu harremanetarako legeak ezartzen duen muga hamasei urtekoa da.

5.- Jaio aurreko tratu txarrak: haurdunaren edo beste norbaiten ekintza edo ez-egite oro, kalte egin dezakeena edo fetuaren osasuna zuzenean edo zeharka arriskuan jar dezakeena. Jaio aurreko tratu txarra da, halaber, haurdunaldian emakumearen aurkako indarkeria.

6.- Mendetasun kimiko-farmakologikoa: egoera horretan, medikuaren beharrik gabe, haurra edo nerabea edozein substantzia motaren mende jartzen da, eta ezin du haren autonomia, erresistentzia edo kontrola garatu.

7.- Beste bati ezarritako nahasmendu egingarria edo Münchausen sindromea, botereen arabera: gurasoek, tutoreek edo zaintzaileek haurraren edo nerabearen gaixotasunak simulatzen dituztenean gertatzen da, etengabeko miaketa osagarriak eta ospitaleratzeak eraginez.

8.- Lan-esplotazioa: haurra edo nerabea lan fisikoa egiteko edo eskean aktiboki edo pasiboki parte hartzeko erabiltzen den egoera.

9.- Sexu-esplotazioa: haurra edo nerabea prostituzioarekin eta/edo pornografiarekin lotutako jardueretara bultzatzen edo behartzen duten egoera.

10.- Indarkeria matxista: haurrak eta nerabeak ere indarkeria matxistaren biktima izan daitezke; bi mota espezifikoki bereizten dira: ezkontza behartua baliozko baimenik gabe (Espainian ezkontzeko adin minimoa 16 urtekoa da) eta nesken mutilazio genitala. 2015eko Espainiako lege moldaketa dela eta, genero biolentzia pairatzen duten emakumeen seme/alabak biktimatzat onartuak daude baita. (5)

11.- Gizakien salerosketa.

12.- Informazio eta komunikazio teknologien tratu txarrak: teknologia berriak haurren aurkako tratu txarretarako erabili daitezke baita.

13.- Tratu txar instituzionala/bigarren mailako biktimizazioa: legeen, programa desberdinen, botere publiko zein pribatuen eraginaren ondorioz egiten diren tratu txarrak, haurren eskubideak urratzean. Bigarren mailako biktimizazioa ematen da arreta txar bat dagoenean sistema judizial zein osasun sistema edo poliziaren eskutik, emozionalki eta psikologikoki oso kaltegarria izango dena biktimarentzat.

Kontutan izan behar dugu tratu txar mota hauek aldi berean eman daitezke ume berdinean. (6)

3. HAURREN AURKAKO SEXU ABUSUA

3.1. DEFINIZIOA

Heldu baten eta haur baten arteko kontaktu eta interakzioa, helduak kontaktu hau bere burua, umea edo beste pertsona bat sexualki estimulatzeko erabiltzen duenean. Abusua 18 urte baino gutxiagoko pertsona batek egin dezake hau umea baino nabarmenki nagusiagoa bada, edo honengan botere edo kontrol posizio bat badauka. (7)

Botere posizio hori ematen da umea erasotzailearekiko egoera ahulagoan dagoenean, bai adinagatik, garapen mailagatik, desgaitasun batengatik edo erasotzailearekin daukan erlazioagatik (nagusitasun, autoritate edo ahaidetasun erlazioak). (8)

3.2. MOTAK

Biolentzia edo larderiarekin edo hau gabe egindako edozein motatako kontaktu fisikoa, penetrazioarekin edo penetrazio gabe. Mota desberdinak bereizi ahal ditugu:

- Kontaktu fisikorik gabe:
 - Proposamen sexualak.
 - Exhibizionismoa.
 - “Voyerismo” (kitzikapen sexuala bilatu pertsona biluziak begiratuta edo aktibitate sexual bat egiten daudenak).
 - Masturbazio edo helduen arteko harreman sexualetara esposizioa.
 - Pornografiara esposizioa.
- Kontaktu fisikoarekin:
 - Ukitzeak (bularrak, genitalak, uzkia).
 - Masturbazioa.
 - Penetrazioa (bortxaketa).
 - Ahozkoa, uzkikoa, baginala.

- Atzamarrekin, zakilarekin, objektuekin

(7)

3.3. EPIDEMIOLOGIA

Hainbat ikerketa internazionalak konfirmatzen dute oso ohikoak direla abusu hauek, biztanleriaren ehuneko handi batera eragiten diotela, horrek suposatzen dituen ondorio guztiekin. Horregatik da hain garrantzitsua arazo onen detekzioa eta horren aurkako erantzuna.

Orain arte hiru metanalisi argitaratu dira, lagin komunitarioekin eginak eta zifra oso antzekoak ondorioztatzen dituztenak. Ikerketa hauek haurren aurkako sexu abusuen prebalentzia ikertzen dute, hau da, bere haurtzaro eta nerabezeroan (18 urte bete arte) zehar biktimak izan diren pertsonen kopurua. (4)

Lehenengoan, 2009an argitaratua, Pereda, Guilera, Forns eta Gómez-Benitok egina, ondorioztatzen da gizonen %7,9a eta emakumeen %19,7a noizbait abusu sexual baten biktima izan dela 18 urte bete aurretik. Hau egiteko 22 herrialde (besteak beste Espainia) ezberdinetan egindako 65 artikulua erabili ziren, 1965 eta 2006 bitartean argitaratutakoak. (9)

Era berean Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser eta Bakermans-Kranenburg-ek (2011) 217 lan aztertu zituzten, 1980 eta 2008 bitartekoak, bost kontinenteetako herrialdekoak. Honetan zifrak gizonetan %7,6a eta emakumeetan %18a dira. (10)

Azkenik 2014an Barth, Bermetz, Heim, Trelle eta Toniak egindakoa daukagu, 55 lan aztertu zituzten hauek, 2002 eta 2009 bitartean argitaratuak, 24 herrialdeetako laginekin. Kasu honetan gizonetan %8ak eta emakumetan %14ak sufritu ditu sexu abusuak haurra izanik. (11)

Zifra hauek ikusita esan daiteke garrantzi handiko arazoa dela. Agian tentazioa dago pentsatzeko zifra hauek gure errealitatetik oso urrun daudela, baina 1995an De Paúl, Milner eta Múgicak Bartzelonako unibertsitateko 403 ikasle elkarrizketatu zituzten. Mutilen %9,7a eta nesken %14,9a haurren aurkako abusu sexualen biktima zen.

Mutilen %3,9a eta nesken %6,4a 13 urte baino txikiagoa izanda, eta %2,9a mutiletan eta %4,7a nesketan 13 urte baino gehiago izanda. ⁽¹²⁾

Catalunyan (1033 ikasleko laginarekin) ⁽⁶⁾ eta Granadan (1162 ikasleko laginarekin) ⁽¹³⁾ antzeko ikerketak egin ziren, 2007 eta 2008an, eta zifrak antzekoak dira baita.

Europear kontseiluak kanpaina bat argitaratu zuen “One in five” deitua, metaanalisietan argitaratutako datuen laburpena eginez. Horren aurrean gizarteak gehienetan arazoaren larritasunaz ohartu beharrean uste du zifra horiek txarto egon behar direla, edo ez datozela bat gure errealitatearekin. ⁽¹⁴⁾ Ikusi dugun bezala ikerketek datu hauek babesten dituzte, gainera esan beharra dago argira ateratzen diren kasuak kasuen ehuneko txiki bat direla. ⁽¹⁵⁾ Nabarmenki desberdinak dira ikerketak datu ofizialekin egiten direnean edo elkarrizketen bitartez, hau da, intzidentzia aztertzen badute edo prebalentzia, azken hauetan ehuneko askoz handiagoak agertuz.

Kontutan hartuta zein zaila den datuak lortzea garrantzitsua da aztertzea baita zergatik gertatzen den hau, aztertzea zergatik askotan umeek ez dute kontaktzen nagusiak diren arte, edo inoiz ez. ⁽¹⁶⁾ Beste batzuen artean: zigorrari beldurra, abandonuari, konplizitatea hautematea, lotsa, errua; umeak gertatzen ari dena ez kontatzeko faktoreak dira. ⁽¹⁶⁾ Askotan abusatzaileak zaintzaileak edo konfiantzazko pertsonak dira, beraz umeak hauekiko menpekoak dira, eta horregatik kontaktzea asko zailtzen da. Gainera gehienetan ez dago abusuaren frogarik, beraz esku hartzea haurren kontakizunaren menpe dago. ⁽¹⁶⁾ 2016an Espainiako Auzitegi Gorenak egiaztatu zuen biktimek egindako sexu-abusuen kontakizun faltsuen proportzioa oso txikia zela. ⁽¹⁷⁾

Pilar Polok EHU-k antolatutako jardunaldietan azaldu zuen bezala errebelaziorako batez besteko adina 30 urte da, momentu horretan gurasoen etxetik ateratzean eta independentzia hori lortzean ematen da kontakizuna ⁽¹⁸⁾, harrigarria da kontutan izanda lagin horretan abusuak gertatzeko batez besteko adina 8 urte zela. ⁽¹⁹⁾

Umeek agian espero ez den modu batetan jokatzeko dute abusuaren aurrean, izan ere, aipatutako datuetan ikus daitekeen bezala haurrek normalean ez dute kontaktzen abusuak jasaten ari direla. Honen azalpen bat haurretan ematen den akomodazio sindromea izan daiteke. Akomodazio-sindromea Roland Summitek (haur psikiatra eta ikertzaile

iparramerikarra) deskribatu zuen, sexu-abusuko egoera egiaztatuetan zeuden haur eta guraso askoren azterketa klinikoak oinarri hartuta. Sexualki biktimizatutako haurren ikusi ohi diren portaera-sekuentzia bati egiten dio erreferentzia. Bost jokabide-patroi desberdin aipatu eta aztertzen zituen, sekuentzia honetan:

- **Sekretua:** abusatzaileak umeari sinestarazten dio sekretu bat dela, eta beraz ezin duela kontatu. Abusua beti bakardadean ematen da, eta umeak hautematen du gertatzen ari dena iluna eta arriskutsua dela, eta ezin duela kontatu. (20) Gainera, umeak orokorrean sekretuak kontatzeko zailtasunak dituzte, batez ere heldu bat erlazionatuta badago horrekin. (7)
- **Babes falta:** umeei erakusten diegu ezezagunekin kontakturik ez izaten, baina baita obedienteak eta maitekorrak izan behar direla haien zaintzaren kargu dagoen helduarekin. Horretaz gain uste dugu ume bat ez bada kexatzen erlazioa onartzen dagoela, baina haurrek oso modu ezberdinean erantzuten dute eraso baten aurrean, gehienetan ez dute laguntzarik eskatzen, geldirik gelditzen dira, eraso pasatzea itxaroten. Gainera haurren aurkako abusuaren kasuan gehienetan ez dago biolentziarik, erasotzaileak bere helburua lortzen du sedukzio bidea erabiltzen, umeari sentiarazten gertatutakoa bere errua dela. (20)
- **Moldatzea:** Bere lantze-gaitasun psikikoa gainditzen duen egoera traumatiko bat jasaten duen edozein pertsonak disoziazio gisa ezagutzen den defentsamekanismo batera jotzen du, eta mekanismo horren bidez benetako gertaera eta horrek sortzen dituen sentimenduak bereizten dira. Horrela, bermatzen da egoera traumatikoak sortzen dituen emozioek ez dutela bizitza kontrolik gabe inbadituko; oroitzapenak presente egotea ahalbidetuz, pertsona osoaren funtzionamendua desantolatu gabe. Mekanismo horrek biziraupena ahalbidetzen du gertaera oso mingarrien aurrean, eta nortasunean zatiketa larriak eragiten ditu. Zatiketa horien ondorioz, eguneko aita bat (aitaren funtzio babeslea betetzen duena) eta gaueko aita bat (min ematen duena) dauden bezala, eguneko haur bat (itxuraz normala den bizitza daramana) eta gaueko beste bat (gehiegikeriaren aurrean despertsonalizatu egiten dena) egongo da. Disoziazioak luzaroan irauteak edo edozein antsietate-egoeraren aurrean mekanismo hori martxan jartzeak nortasunaren nahasmendu larriak eragiten ditu nahitaez, potentzialtasunak nabarmen pobretu eta blokeatuz. (21)

- Ezagutzera emate berantiarra: nerabezaroan gazteak bizitza independenteago bat bilatuko du, gurasoen boteretik at, eta askotan testuinguru honetan ematen da abusuaren kontakizuna. Horrek kontatzen duena dudan jartzea errazten du, izan ere askotan arazoak dituzten nerabeak dira, konfliktiboak, eta haien hitzak askotan ez dauka sinesgarritasunik. (20) (21)
- Atzera egitea: batzuetan kontatu ostean haurrak atzera egiten du, ikusten duenean bere kontakizunaren ondorioa zein den (familia apurtzea, kartzela...), damutu eta esandakoa ez dela egia esaten du. Askotan guraso ez erasotzaileei errezagoa egiten zaie atzera egite hau onartzea eta egoera pasatzen ustea horren atzean dagoena aztertzea baino. (20) (21)

Guzti honegatik da hain garrantzitsua adi egotea, eta ume batek abusu bat kontatzen duenean modu egokian eustea gaia, abusia berriro ez gertatzeko eta bigarren mailako biktimizazioa ekiditeko, haurraren garapen egokia ziurtatu ahal izateko.

3.4. ARRISKU ETA BABES FAKTOREAK

3.4.1. Arrisku faktoreak

OMEk (2009) arrisku faktoreak kontutan hartzea garrantzitsua dela esaten zuen, hala ere ez dira determinanteak abusia jasateko, hau da, arrisku faktoreak izateak ez du esan nahi abusia emango dela, eta babes faktoreek ez dute umea erasotik guztiz babesten. (1) Previnfadek egindako modeloan arrisku faktoreak eragin eremuaren arabera sailkatzen dira, honakoak dira:

- Norbanakoarenak:
 - Gurasoekin erlazionatutako faktoreak:
 - Tratu txar edo utzikeriaren aurrekariak. Batez ere amak haurra zenean sexu abusia sufritu izana.
 - Errefus emozionala bizi izana haurtzaroan.
 - Zaintza edo atxikimendu emozional falta haurtzaroan.
 - Umearen garapen sexualaren inguruko ezjakintasuna.

- Familiaren apurketa.
 - Adimen baxua.
 - Autoestimua baxua.
 - Empatia falta.
 - Gaitasun sozial mugatuak.
 - Estresari tolerantzia txikia.
 - Arazo psikologikoak.
 - Ama gaixoa, desgaitasunarekin edo etxean oso gutxi dagoena.
- Umearekin erlazionatutako faktoreak:
 - Izaera barnerakoia.
 - Gizartean isolatua.
 - Jarrera arazoak.
 - Tenperamentu zaila.
 - Desgaitasun fisiko zein psikikoa.
- Familiarenak:
 - Guraso eta seme alaben arteko erlazioa:
 - Txarto egokitua.
 - Goranzko eraso zikloa.
 - Disziplina neurri gogorak.
 - Lotura afektibo falta.
 - Bikote erlazioa:
 - Gatazkatsua.
 - Biolentzia eta eraso matxistak.
 - Familiaren gizarte isolamendua.
- Soziokulturalak:
 - Lan esparruan
 - Langabezia.
 - Pobrezia.
 - Lan atsekabea.

- Zaintza sare psikosoziala.
 - Isolamendua.
 - Galera.
 - Leku batetik bestera mugimendu handia.
 - Gizarteratze eskasa.
- Faktore kulturalak:
 - Biolentziaren legitimazioa.
 - Zigor fisikoaren onarpena.
 - Haurtzaroko eskubideen urraketa.

Argi utzi beharra dago haurren aurkako sexu abusuak hainbat faktoreren elkarketa direla, eta umea, biktima izanda, ez dela inoiz erruduna. Kontutan izan behar da arrisku faktore hauek ez direla beti agertzen, eta familia onenetan baita abusuak ematen direla, eta askotan hauek identifikatzea zailagoa dela. Horregatik babes faktoreak sustatu behar dira eta arrisku biztanleria taldeak kontutan izan, baina estigmatizatu gabe. (22)

3.4.2. Babes faktoreak

- Norbanakoarenak:
 - Komunikaziorako gaitasun interpersonalak eta gatazkak konpontzeko gaitasunak.
 - Autoestimua altua.
 - Garapen egokia.
 - Heziketa afektibo sexual egokia.
 - Atxikimendu egokia gurasoekin.
- Familiarenak:
 - Biolentziarik gabeko ingurua.
 - Esperientzia umeen zaintzan.
 - Familiako kideen asetze pertsonala.
 - Gatazkak konpontzeko gaitasuna.
 - Erasotzailea familia nukleotik kanpo egotea.

- Bizitzan egoera estresagarri gutxi.
- Soziokulturalak:
 - Lan esparruan:
 - Lan egoera egonkorra.
 - Baliabide sozioekonomiko egokiak.
 - Zaintza sare psikosoziala:
 - Inguruko taldeetan parte hartzea.
 - Integrazio soziala.
 - Inguruko pertsonen babesa.
 - Gizartearenak:
 - Prebentzio programen existentzia.
 - Erasotuak tratatzeko protokoloak egotea.
 - Integrazio programak.
 - Arrisku sozialeko familientzako babes programak.

(22)

3.5. ABUSU ADIERAZLEAK

Oso garrantzitsua da adierazle hauek kontutan izatea, bai diagnostikatzeko orduan eta baita prozesu legalean lorpenak izateko. Hala ere, jakin beharra dago adierazle hauek ez egotea ez duela esan nahi abusu sexuala ez dagoenik. Askotan abusu sexuala sufritzen duen umea asintomatikoa da. (20)

3.5.1. Adierazle oso espezifikoak

- Guraso-figurek edo beste pertsona heldu batzuek haurrarekiko dituzten sexu-jokabide desegokiei buruzko informazio fidagarria izatea.
- Haurrak sexu-abusua jasan duela adieraztea.
- Abusua gertatu dela edo gertatzen ari dela adierazten duen txosten medikoak.

- Haurrak adierazle fisiko hauetakoren bat izatea:
 - Lesioak eremu genitaletan eta/edo uzki-eremuetan.
 - Baginatik eta/edo uzkitik odoljariora.
 - Infekzio genitalak edo sexu-transmisiokoak (sifilisa, HIESa, kondiloma akuminatuak, garabi genitalak, herpes genitala, baginako fluxu infekziosoa eta haurren flora normalean ohikoak ez diren germenak dituenak).
 - Haurdunaldiak.
 - Aurreko adierazleetako edozein, hematomekin edo zauriekin batera, lotutako tratatu txar fisikoen ondorioz.

Komeni da azpimarratzea, sexu-bizitza aktiborik ez duen hamabi urtetik beherako haur batek sexu-transmisiozko gaixotasun bat duenean, sexu-biktimizazioa susmatu behar dela, kutsatzeko bide bakarra kutsatutako pertsona batekin kontaktua izatea baita. Oro har, gaitz horiek eragiten dituzten germen gehienek zelula bizietan infektatu eta ugaltu beharra izaten dute, eta ez dute ingurugirotik pasatzea jasaten. (20)

3.5.2. Sexu abusu probableen adierazleak

Ustezko sexu-abusu baten hipotesia beti baloratu behar da.

- Hanturak, gorritzea eta atzamarkatzearen ondoriozko lesioak genitalen edo uzkien eremuetan.
- Jokabide hipersexualizatu edo autoerotiko ezohikoak bere adineko haurrengan:
 - Masturbazio konpultsiboa: haurrengan interes handiena pizten duen jardura denean eta bere denbora gehiena hartzen duenean. Baita zentsuratu lezakeen figura baten aurrean ere, saihestu ezin duenean.
 - Edozein adinetarako desegokiak diren jokabideak, hala nola animalien genitalak ikertzea (batez ere uzkia) eta/edo haien zuloetan objektuak sartzen saiatzea.
 - "Medikuak", "senargaiak" edo "aita eta ama" jolasen aldaera partikularra. Beste haur batzuekin sexu-jolasak egitea, ahozko sexuaren, uzki-koitoaren edo bagina-sexuaren irudikapen edo jardura

zehatzekin, objektuak zulo genitaletan sartzea edo elkarri masturbatzea.

- Indar fisikoa edo hertsapen psikologikoa erabiltzea beste haur batzuek sexu-jolasetan parte hartzea lortzeko.
 - Sexualizazio goiztiarra: jolas sexual goiztiarrak, adinerako ezohikoa den jakin-min-mailarekin batera.
 - Sexu-jolasak egitea adin txikiagoko hurrekin edo beste eboluzio-une batean daudenekin.
 - Helduenganako hurbilketa bereziak: helduaren genitalak ukitzen edo usaintzen saiatzea; atzetik makurtuta dagoen pertsona batengana hurbiltzea eta, posizio horretatik, kopulazio-mugimenduak egitea; ohean heldu baten gainean egokitzea eta koito-mugimenduak simulatzea; musu ematen duenean mihia sartzea eskatzea edo saiatzea.
 - Nerabeetan: promiskuitate sexuala, prostituzioa edo gehiegizko inhibizio sexuala.
- Adinerako ezohikoak diren sexu-ezagutzak.
 - Guraso-figuretako batek edo haurraren familiako kide batek abusua gertatzen ari delaren susmoa adieraztea.
 - Haurrarekin bizi diren helduek sexu-jokabide ezohikoei buruzko informazioa edo susmoa izatea, jokabide horien egokitasunari dagokionez "zalantzazkoak" badira. Jokabide hipersexualizatuek haurrak portaera sexual helduei buruz duen ezohiko ezagutza iradokitzen dute, eta erotizazio goiztiarra adierazten dute. Denbora gutxian eta ahalik eta ziurtasun-mailarik handienarekin bereizi ahal izatea miaketazko jokabide kaltegabeak diren edo zerbait larriagoa gertatzen ari dela adierazten duten adierazleak diren, oso lagungarria da sexu-abusua hautemateko. Kasu horietan, susmoa izanez gero, profesional espezializatu bati galdetzea gomendatzen da.

3.5.3. Sexu-abusuaren adierazle zehaztugabeak

Adierazle hauek ez dute nahitaez kausazko loturarik sexu-abusuarekin, eta halakorik egon gabe ager daitezke, baina estres handiko egoerekin estuki lotuta daudenez, haien

presentziak susmoa adierazten du, eta kasu horietan sexu-abusuaren hipotesia beti hartu behar da kontuan eta baloratu behar da.

- Adierazle fisikoak:
 - Nahasmendu psikosomatiko jakin batzuk, hala nola abdomeneko min errepikariak eta kausa idiopatikoko buruko minak.
 - Elikadura-nahasmenduak (bulimia eta nerbio-anorexia).
 - Fenomeno erregresiboak, hala nola enuresia eta enkopresia jada esfinterren kontrola lortu duten haurrengan.
 - Arrazoi organikorik edo kanpoko kausa identifikagarriak gabe behin eta berriz gertatzen diren gertakizunak.
 - Ibiltzeko edo jesartzeko zailtasunak.
- Jokabide-adierazleak eta adierazle emozionalak: gosea galtzea; biluztu edo bainatzeko erresistentzia; aita eta/edo ama bat-batean baztertzea; berdinekiko gizarte-harremanak uzkitzea eta isolatzea; fantasiak, portaera erregresiboak (hatza miazkatzea, ohean pixa egitea), depresio kronikoa (maiz negar egitea, batez ere egoera afektiboetara dagokienez); beldurra.
- Adierazleak sexu-eremuan: musuak eta laztanak bat-batean arbuiatzea.

(20) (23)

3.6. NOLA JOKATU HAURREN AURKAKO SEXU ABUSUEN AURREAN

Edonorrentzat oso gogorra da adingabe bat sexu abusuen biktima dela deskubritzea, baina lehen erreakzioa oso garrantzitsua da biktimarentzat, oso lotsatuta sentitzen dira eta sinestua ez izateko beldurra daukate. Horregatik, funtsezkoa da gomendio hauei jarraitzea: (8)

- Lasai egon eta emozioak kontrolatu.
- Ustezko erasotzailearekiko gaitzespenik ez adierazi, haurrak edo nerabeak maite duen pertsona izan daiteke, biktimizatua izan arren.
- Haurra eta/edo nerabea duintasunez eta errespetuz tratatu.
- Arretaz entzun, egiten dituen isiluneak bete gabe.

- Edozein motatako emozioak sentitzen eta komentatzen utzi, nahiz eta gu espero ditugunak ez izan.
- Ez behartu inoiz bere zauriak erakustera edo bere sentimenduak adieraztera.
- Ez erabili asaldatu edo urduri jar zitzakeen hitzik.
- Segurtasuna eta laguntza eskaini.
- Erasoaren erantzulea nor izan daitekeenaren inguruan susmorik ez egin.
- Gertatzen zaionaren errudun ez dela jakinarazi, erantzule bakarra erasotzailea dela.
- Haurraren edo nerabearen galderak erraz eta zintzotasunez erantzun.
- Bete daitezkeen promesak bakarrik egin. Ahal bada babestu egingo zaiola eta hori gertatzea eragotziko dela transmititzea.
- Susmoa ikertu eta ebaluatu aurretik, beharrezkoa da kontu handia izatea haurrari edo nerabeari galdetzeko moduarekin: komeni da berak berez kontatutakoa edo deskribatutakoa onartzea (eta testu bidez erregistratzea), xehetasun gehiagorik eskatu gabe. (21)

(24) (8)

Elkarrizketa egiterakoan:

- Beste gauza batzuei buruz hitz egiten hasi, empatizatzeke eta bere hiztegia ezagutzeko, eta horrela galderak hizkuntza egokian egiteko.
- Galdera irekiak egin: zer gertatu zen? Kontatu nahi didazu?
- Erantzuna bai edo ez duten galderak saihestu.
- Ez iradoki erantzunik.
- Ez errepikatu galderarik.
- Ez kontrajarri umea.
- Ez izan zalantzarik kontatzen duenaren egiazkotasunari buruz.
- Hitzik gabeko hizkuntza behatu.
- Kontakizuna sinesgarria egiten duten sentazioen edo bizipenen xehetasunak bilatu.
- Kontatzen duena hitzez hitz transkribatu (kakotxen artean).

- Umeak ez badu hitz egin nahi edo gaiez aldatzen badu ez tematu, ez jarraitu galderak egiten.

(7)

Birbiktimizazioak saihesteko argi izan behar dugu baita zer ez dugun egin behar, mota honetako galderak ez dira batere egokiak:

- Zer sentitu duzu?
- Gustatzen al zitzaizun egiten zizuna?
- Zergatik ez duzu laguntza bilatu?
- Zergatik gauza horiek egiten bazizkizun, berarekin egon nahi zenuen?
- Zergatik ez duzu lehenago kontatu?
- Zergatik kontatzen duzu orain?
- Zergatik uste duzu egiten zizula?

(24)

Honetaz gain garrantzitsua da baita balio-judiziorik ez ematea; ez zaio haur edo nerabeari zalantzarik planteatu behar tratu txarren, sexu-jazarpenaren edo sexu-abusuen egiazkotasunari buruz edo gertatu direnaren susmoari buruz. (25)

3.6.1. Historia klinikoa

Kasu gehienetan, ebaluazioaren zatirik garrantzitsuena da.

- Haurraren zaintzaileen historia klinikoa. Hasierako elkarrizketa haurraren laguntzaileekin egin beharko litzateke. Hasierako une horretan, adingabeak ez du presente egon behar, laguntzaileek gertakarien ustezko kontakizuna entzuteak haren kontakizuna kutsa baitezake. Galdetu abusu susmoaren adierazleei buruz. Informazio horrekin eta susmo arrazoitu hutsarekin, Guardiako Epaitegiari jakinaraziko zaio.
- Adingabearen historia klinikoa. Auzitegiko medikua joaten bada, hari itxarongo zaio, aldi berean egiteko.

- Historia klinikoan jaso behar diren elementuak.
 - Larrialdietako zerbitzuan dagoen haurraren laguntzailea identifikatzea, eta horren eta adingabearen arteko harremana (izen-abizenak, telefonoa...).
 - Aurrekari patologikoak: aurrekari pertsonalak (alergiak, txertaketa, tratamenduak), dena ahalik eta zehaztasun handiarekin. Historia ginekologikoa nerabea bada (menarkia, azken hilekoaren data, sexu-harremanak).
 - Ohitura toxikoak.
 - Erasoaren historia: noiz gertatu den, lekua, abusu mota, dutxatu bada (frogak biltzeko orduan kontutan izateko). Erasotzaile posiblea identifikatzea.
 - Historia soziala: etxean bizi diren kideak eta haiekiko harreman mota, zein den umearen eskola. (26)

Pediatrari ez dagokio haurraren kontakizuna egiazkoa den ala ez baloratzea, baina egia da salaketa (balego) txosten mediko batekin batera aurkeztearen garrantzia ikusi dela. (27) Horregatik, pediatrak jakin behar du zeintzuk diren kontaketa balioztatzeko erabiltzen diren irizpideak, osagai horiei arreta berezia eskaintzeko eta historia klinikoan idatziz uzteko.

1. Hainbat motatako sexu-jokabideen xehetasun esplizituak, haurraren eboluzio-adina dela eta, ezagutzeko moduan egongo ez liratekeenak.
2. Abusu egoera anitzen erreferentziak. Askotan lotsagatik eta beldurragatik, gertaerak behin bakarrik gertatu zirela azpimarratzen dute, nahiz eta hala izan ez.
3. Sexu-jardueraren konplexutasuna agerian uzten duten hainbat gertaera egotea, intimitate-maila txikiagoa dakarten hurbilketetatik hasi eta intrusiboagoak diren beste batzuetara.
4. Sekretuarekin zerikusia duten elementuak: mehatxuak, hertsapenak, promesak, eroskeriak eta indukzioak.
5. Alboko xehetasunak: ezohiko xehetasunak, baina esanguratsuak, eta askotan familia edo inguruko bidez egiazta daitezkeenak. (21)

3.6.2. Miaketa fisikoa

Haurren kontrako abusu sexualetan aditua den mediku batek egin behar du, eta pediatria izango da taldeko erreferentziazko pertsona, betiere beste osasun-mediku batekin batera. Adingabeari hizkuntza egokian azaldu behar zaio, miaketa egin behar zaiola, berak ulertu dezan egingo den guztia eta horren zergatia. Kontentzio metodoak eta indarkeria ez erabili adingabeari eusteko. Gehienetan, %95 inguruan, esplorazioa normala izango da. (26) Beraz argi izan, esplorazioa normala izatea ez duela esan nahi ez dagoela abusurik.

Ahal den neurrian, adingabearen lotsa zaintzen saiatu behar dugu. Miaketa egokiagoa egiteko neurri bat adingabea amaren magalean geratzea da. Adingabea erabat biluztu behar da, baina ez da zertan dena aldi berean egin behar, guztiz biluztuta ez usteko. Hori oihal zuri baten gainean egingo da; izan ere, lagin biologikoak askatzen badira, jaso egin daitezke.

Miaketa osoa izan behar du, baina laburra, zakartasunik gabe, inplikaturako profesional guztiekin batera egiten saiatu behar da, behin bakarrik egiteko: pediatria/forense/ginekologo/zirujau pediatriko edo dena delakoak. Garrantzitsua da adingabearen egoera emozionala baloratzea eta zaintzea.

3.6.2.1. Miaketa orokor osoa

- Hasi burutik, ahoa, azal osoa, azkena azterketa genitala eta uzkiekoa. Baloratu hematoma erretroaurikularrak. Ahoko lesio iradokitzaileak, hala nola frenillo linguala urratzea. Deskribatu beste lesiorik dagoen.
- Pubertaro garapena deskribatu: Tannerren estadioak.

3.6.2.2. Miaketa ginekologikoa/genitala

- Adinaren arabera, amaren besoetan egin daiteke, ama jesarrita eta umea bere gainean hankak zabalduz. Espekulua bakarrik erabiliko da odoljariora, sabelaldeko mina edo sukarra dagoenean.

- Abusu sexualarekin erlazionatutako lesioak:
 - Aurkikuntza ez-espezifikoak: hantura, kitzikadura. Higiene txarraren edo infekzio zehaztugabe baten ondorioak. Gorritzea edo eritema arrunta. Bagina-fluxua handitzea. Larruazaleko pitzadura edo urradura txikiak. Ezpain txikien aglutinazioa.
 - Iradoitze aurkikuntzak: mihiztadura berriak edo orbaintzekoak, eskotadurak dituen himenak, u edo v formakoak; lodierak edo irregulartasunak; lesioak atzeko urkilan, 3ak eta 9ak bitartean, 6etan tipikoa izanik; azalean mindak, hortz-markak iradokitzen dituztenak; beste batzuk: arraildura osoak himenaren osteko ertzean, himenik ez.
 - Sexu-abusuaren behin betiko aurkikuntzak: spermaren presentzia. Objektuen hondarrak. Sexu bidez transmititutako infekzioak. Biktimaren haurdunaldia. Gizonezkoen genitalan, datu gutxi; beharrezkoa da Tannerren estadioa zehaztea, glandean lesiorik dagoen ala ez, zakilaren oinarrian, uretra-meatoan, eskrotoan eta perineo-eremuan. Uzki-eremuaren miaketa pazienteak alboko etzanera-posizioan eta zango flexionatuetan dagoela egingo da, ahal izatekotan. Uzki-lesio susmagarriak: tolesduren galera eta ibaiertz perianalen loditasuna; pitzadura anitzak eta sakonak; tonu esfinteriarraren galera; u zeinua deritzona, eta uzkiaren dilatazioa dena, >15 mm islatzen du, gluteoak bereiztean; kongestio benoso perianala; kolorazio-aldaketak azalean.

(26)

3.6.3. Diagnostiko diferentziala

- Istripuak: erorketetatik erortzea.
- Infekzioak: bulbobaginitis zehaztugabea, fardelaren dermatitisa, etab.
- Sortzetiko malformazioak: sinekia bulbarrak.
- Gorputz arrotzak.
- Afekzio dermatologikoak: dermatitis zehaztugabea, liken esklerosoak, oxiuroak, Lipschütz-en ultzera.
- Digestiboak: Crohn-en gaixotasuna, idorreria.

- Urologikoak: prolapso uretrala, sarkoma botrioidea.

(26)

3.6.4. Froga osagarriak

Abusua duela 72 ordu baino gutxiago izan bada, eta erasotzailearen larruazala biktimaren azalarekin kontaktuan egon bada, sekrezioekin kontaktuan egon bada, edo erasotzaile ugari izan badira, laginak hartuko dira, mediku forentsearen jarraibideen arabera. Laginak 2010eko maiatzaren 19ko BOE 122. zenbakiaren arabera jaso behar dira. Eraso motaren arabera, lagin hauek jasoko dira:

- Toxikoak odolean/gernuan, sumisio kimikoa dagoela susmatzen bada.
- Biktimaren arropa jasotzea eta banakako poltsetan gordetzea.
- Ahoko penetrazioan: bi isopo eremu yugalean eta bi peridentalak. Gero ahoa garbitu.
- Erasotzaileak biktimari musu eman badio edo larruazalarekin ukitu badu, eragindako eremuetako isopo batekin laginak hartzea.
- Azazkalak: hondarrak gune subungealean eta azazkalak moztea.
- Baginako penetrazioan: eremu arrunteko bi isopo, bi baginan, bi zaku-hondoan, bi umetoki-lepoan. Ondoren, baginako garbiketa.
- Uzkiko penetrazioan: bi isopo ipurdian eta beste bi uzkiean.
- ITSak detektatzeari dagokionez, hauek izango dira jasotzeko jarraibideak:
 - o Sexu-harreman genital edo uzkiekoa, ez-digitala.
 - o Abusuaren egilea, ITSren historia ezagunarekin.
 - o ITSren prebalentzia handia duen erkidegoa.
 - o Aurkikuntza klinikoak: ITSren seinuak eta sintomak, penetrazio traumatikoa, ITSren historia familiarra.
 - o ITSren azterketa edo kezka eskatzen duten pazienteak.

ITS bat abusuaren ondorio izateko probabilitateari dagokionez; segurua da gonorrea edo sifilia dagoenean. Oso susmagarria da trikomona, GIB, VHB, herpes eta klamidien kasuan. Probablea gardnerella vaginalis, kondilomak eta eskabiosis kasuak direnean.

Duela 72 ordu baino gehiago gertatu bada, ITS detektatzeko laboreak egingo dira, odol-analisi batekin batera, honako hauek barne hartuta:

- Odol-analitika (serologiak):
 - o VHB: HBsAg eta anti-HBc.
 - o VHC: anti-VHC.
 - o GIB: GIBaren aurkakoa (6, 12, 24 aste).
 - o Sifilisa: VDRL eta FTA-ABS (6, 12, 24 aste).
 - o II. motako herpes sinplearen birusa eta HPV.

- Haurdunaldi-testa nerabeengan.

(26)

3.6.5. Tratamendua

Sexu-abusuaren biktima guztiek laguntza behar dute abusuaren bizipena beren bizitzan integratzen ikasteko, baina guztiek ez dute esku-hartze terapeutikoa behar. Biktima guztiek behar dute laguntza, biktimaren inguruetik edo profesionalen ingurutik datorrena. Funtsezkoa da biktimak esperientziaren berri ematen dien pertsonen jarrera. Haurren kontrako sexu abusuaren biktimei ematen zaien tratamendua berria da, eta oraindik bide luzea dago egiteko. Alde horretatik, beharrezkoa da esku-hartze klinikoak ebaluatzea, behar bezala balioztatutako tratamendu-protokoloak eta programak garatzen joateko.

Tratamenduaren helburua abusua eta bigarren mailako biktimizazioa berriro ez gertatzea da eta ondorio psikologikoak tratatzea. Gainera, abusuaren ondorioak gainditzeko trebetasunak eta tresnak emango zaizkio biktimari. Prozesu terapeutikoaren gakoa lotura afektiboak berreraikitzea bermatuko duen harreman on bat ezartzea da, agian hasieran terapeutarekin eta, ondoren, erasotzailea ez den eta haurrarentzat esanguratsuak diren beste figura batzuekin. (28)

Lehen momentuan ematen dugun tratamenduari dagokionez eraso motaren, adinaren, pazientearen garapen psiko-emozionalaren eta egoeraren urgentiaren arabera, psikiatria/psikologia bidezko premiazko ebaluazioaren beharra baloratu behar da.

Tratamendu medikoa, hasieran, infekzio-profilaxira bideratuko da, penetrazioa egon den kasuetan (gonokokoa, sifilisa, chlamydia trachomatis, trikhomonas vaginalis eta baginosia). GIBaren profilaxiari dagokionez, infektologoekin batera egin behar da. Eraso duela 72 ordu baino gutxiago gertatu denean hasi beharko da, eta sexu-harreman babesgabea izan ondoren, uzkiaren, baginaren edo ahoko sexuaren bidez, eiakulazioarekin edo odol-esposizioarekin erasotzaile GIB positibo edo ezezagun batekin. B hepatitis a kutsatzeko aukeraren aurrean, biktima txertatuta ez badago, profilaxia emango zaio. Pazientearen adinaren arabera, larrialdiko kontrazepzioa kontuan hartu beharko da, eta farmakoa desberdina izango da erasotik igarotako denboraren arabera:

- 72 ordu baino gutxiago: lebonorgestrela (1,5 mg d.u., v.o.).
- 72/5 egun arte: ulipristal azetatoa (30 mg d.u., v.o.).

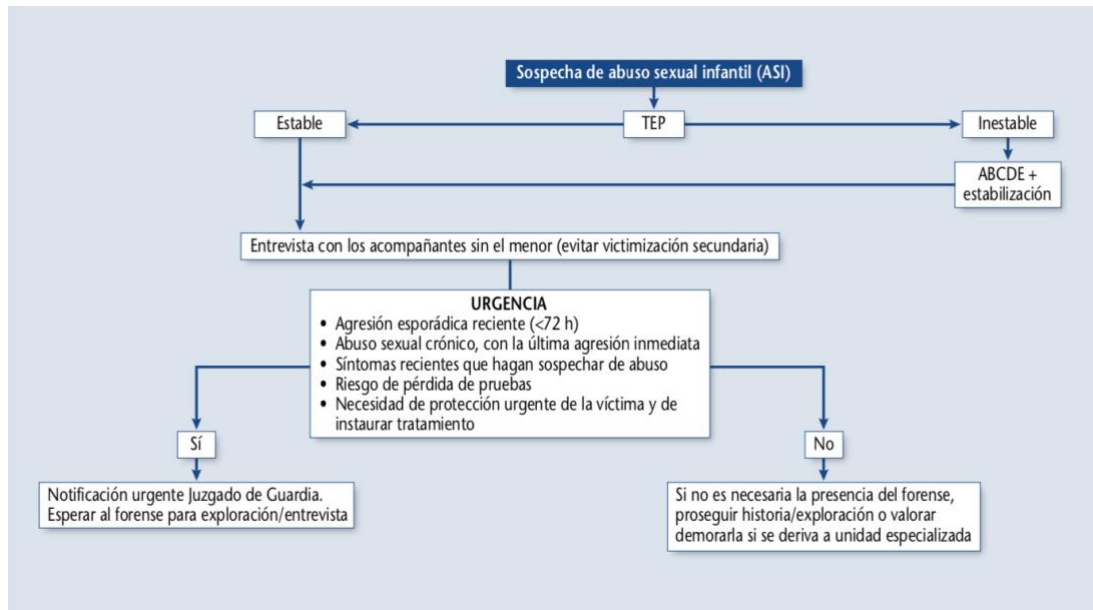
(26)

3.6.6. Jakinarazpena eta jarraipena

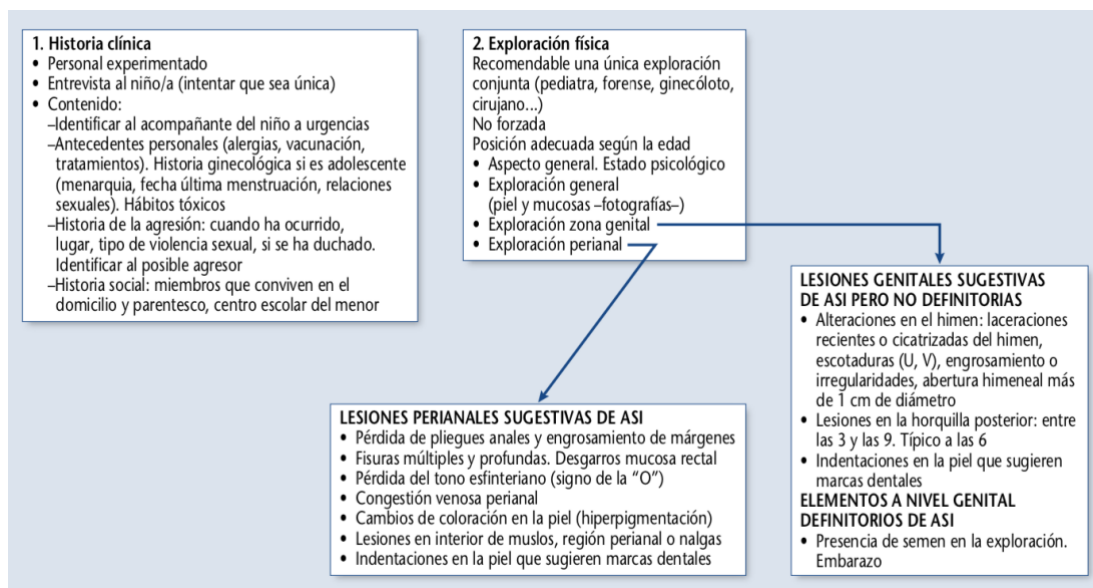
Guardiako epaitegiarekin harremanetan jarriko gara hasi beharreko ekintzak jakinarazteko.

- Jakinarazpenari dagokionez, ikusi azpiko algoritmoa.
- Gizarte Zerbitzuekin eta Lehen Mailako Osasun Arretakoekin koordinazioa ezarri.
- Eskuragarri dauden ospitaleetan, Pediatria Sozialaren kontsultaren jarraipena. Hala ez bada, Pediatria Orokorraren kontsultan kultiboen, serologien eta tratamenduaren jarraipen klinikoa egiteko. Baita egoera psikologikoarena.

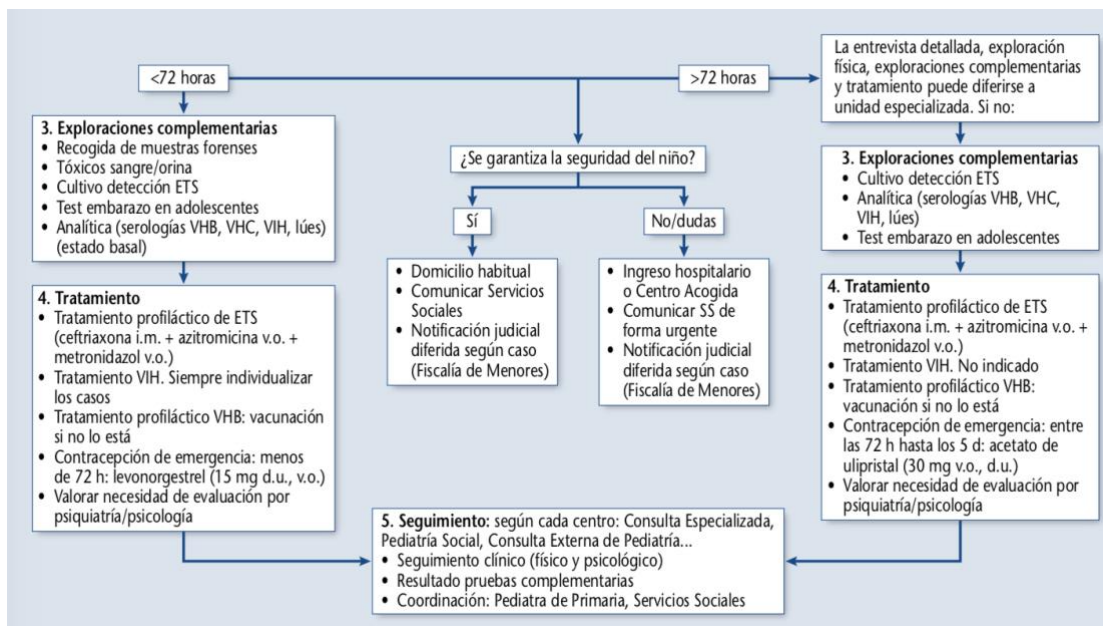
(26)



1. Irudia. Haurren kontrako abusuen aurrean urgentzietan jarritu beharreko algoritmoa. (26)



2. Irudia. Haurren kontrako abusuen aurrean urgentzietan jarritu beharreko algoritmoa. (jarraipena) (26)



3. Irudia. Haurren kontrako abusuen aurrean urgentzietan jarritu beharreko algoritmoa. (jarraipena) (26)

3.6.7. Haurren eta nerabeen aurkako tratu txarrei aurre egiteko zailtasun nagusiak

- Profesionalen prestakuntza eskasa.
- Erakundeen arteko koordinazio eskasa.
- Espazio egokien eza.
- Indarrean dauden legeen aplikazioaren aurkako erresistentzia (2015eko uztaila).
- Lege-esparruan aurrera egiteko beharra. (7)

3.6.8. Zailtasun horiek eragiten dituzten ondorioak

- Bigarren mailako biktimizazioa (hainbat azterketa estamentu eta profesional desberdinen partetik, prozesu judizialen luzapena).
- Ez da errespetatzen adingabearen interes gorena prozesu judizialean.
- Tratu txar instituzionala gehitzen da.
- Muturreko ahultasun egoeran dauden adingabeen babesgabetasuna (erasotzailearekin berriro harremanetan jartzea). (7)

3.6.9. Ideia garrantzitsuak

- Haurren kontrako sexu abusuen kasu gehienetan ez dago zeinu fisikorik, eta, beraz, funtsezkoa da adingabeak gertakariak kontatzea.
- Ez eman alta, ez bidali etxera, adingabearen babesa ez badago ziurtatuta.
- Adingabea gure jarduerarekin berriz biktimizatzea saihestu behar, informazio eta esplorazio bilketa bakar bat egiten saiatzea.
- Abordaia multidisziplinarra, baina erreferentziako pertsona pediatria izatea. (26)

3.7. ABUSUEN ONDORIOAK EPE LABUR ETA LUZERA

Erasotzailea haurra baino boteretsuagoa izatea nahikoa da mingarriak, intrusiboak edo basatiak izan daitezkeen sexu-jokabideak inposatzeko. Erasotzaileak, gainera, umea manipulatu egiten du, aurre egin ez diezaion; izan ere, biktimak ez du behar adinako ezagutzarik hurbilketa mota horretan parte hartzeak dituen inplikazio sozial eta pertsonalei buruz, eta, horren ondorioz, haurrak ez du jokabide horiek onartzeko gaitasunik. Bestalde, sexu-abusu bat agertzeko, portaera eta moduez harago, erasotzailearen plazerra da helburu nagusia.

Save The Children-ek bere eskuliburuan aipatzen duen bezala funtsezkoa da sexu-abusua ez ulertzea gizabanakoaren sexualitateari soilik dagokion gai gisa, asimetria horren ondoriozko botere-abusu gisa baizik. Boterea duen pertsona biktimaren gainetik dago, eta horrek eragotzi egiten dio biktimari askatasuna erabiltzea eta gozatzea. Baina, era berean, garrantzitsua da ulertzea "boterea" ez dela beti adinaren ezberdintasunak ematen, baizik eta beste faktore batzuek. Berdinen arteko sexu-abusua errealitate bat da. Kasu horretan, hertsapena mehatxuak daudelako edo sedukzioa dagoelako gertatzen da, baina adin-aldea oso txikia izan daiteke edo ez dago. Hala ere, sexu-abusua izango litzateke. (22)

Hau da, biktimengan sexu-abusuek duten kalte emozionala honetan oinarritzen da:

(20)

- Ez dira adostutako portaerak, nahiz eta haurrak ezetzik ez esan.

- Gertatzen diren erlazio horretan aldaketa bat ematen da betirako.
- Mingarriak izan daitezke, beldurra eta nahasmena sor ditzakete.
- Eboluzio-prozesu normalei eragin diezaieketen erantzunak sortzen dituzte haurrengan edo nerabeengan.

Haur eta nerabeen aurkako sexu-abusuetako gertakarien ezaugarri guztiek (adostu gabeko sexu-jarduerak; biktimaren eboluzio-etaparako desegokiak; abusu errepikariak; pertsona ezagun batek egiten ditu, autoritatez estalita dagoena eta umearen konfiantza daukana; sekretuak dira eta laguntza eskatzeko ateak erabat itxita daude haurrentzat) laguntzen dute gertaera horiek esperientzia traumatiko kronikoak izan daitezen. (20)

Ondorioen larritasuna haur bakoitzaren ezaugarri indibidualen arabera, inguruabar traumatikoak gainditzeko gaitasunaren arabera eta ingurunearen berezitasunen arabera izango da, bai sexu-erasoak gertatu ziren baldintzei dagokienez (tipologia, larritasuna, maiztasuna, erasotzailearekiko harremana, etab.), bai adingabea babestea ahalbidetu zuten baldintzei dagokienez (erasotzaile ez diren helduen presentzia, babes-estrategiak, autoestimua eta garapen egokia bultzatzeko aktibitate egokiak, etab.). (20)

Hala ere badaude aldagai batzuk erlazio zuzena dutenek ondorioen larritasunarekin: abusuaren hasieratik pasatu den denbora, biktima eta abusatzailearen arteko erlazioa, abusu mota, inguruaren erantzuna egoeraren aurrean eta haurren inguru sozial eta familiarraren sostengua. (21)

David Finkelhorek (1986), haurtzaroko sexu-abusuekin lotutako gaien ikertzaile estatubatuarra, abusuaren traumaren ondorioak lau taldetan banatzen ditu: (29)

- Sexualizazio traumatikoaren ondorioak: maila emozionalean, sexuarekiko arbuio-sentimenduak eragiten ditu; sexualitatearen gehiegizko estimua eta sexu-identitatearen arazoak; portaera-mailan, sexu-jokabide sexualizatuak eta sexu-esperientzia negatiboetan inplikatzeko eta sexu-topaketak saihestea bultzatzen ditu.
- Estigmatizazioa: Suzanne Sgroi (1982) psikologo estatubatuarra "kaltetutako salgaiaren sindromea" (*síndrome de mercancía dañada*) deskribatu du, biktima

betiko kaltetua sentitzen da, eta, gainera, uste du kaltea hainbestekoa dela, gainerakoek, gertatutakoa jakin gabe ere, biktima "kalitate txikiagokoa" dela hauteman dezakeela. Maila emozionalean, biktimak uste dute abusuaren errudunak direla, eta horren ondorioak edo kontatu izanaren ondorioak haien errua direla baita. Jokabideari dagokionez, sentimendu horiek jokabide autosuntsikorretan islatzen dira, hala nola droga- eta alkohol-abusuetan, arrisku-ekintzetan, automutilazioan, suizidio-saiakeretan eta jokabide desafiatazailletan, muga oso zorrotzak ezartzen zaizkienean eta/edo zigortuak direnean. (30)

- **Traizioa:** sentimendu hori da, ziurrenik, sexu-abusuak hurrengan uzten duen ondorioak sakonena, haiek babestu eta zaindu beharko lituzketen pertsonengan jarritako konfiantzak huts egiten baitu. Portaerari dagokionez ondorioak honako hauen bidez adierazten dira: beste pertsona batzuekin lotura sakonak ezartzea saihestu, besteak manipulatu, harreman kaltegarrietan eta esplotazio-harremanetan inplikatu, eta jokabide haserretuak eta oldarkorrak izan.
- **Babesgabetasuna:** esperientzia traumatikoek erreakzio psikologiko hori eragiten dute; alde batetik, norberaren biktimizazioa hautematea, eta, bestetik, erasotzailearekin identifikatzearen ondorioz kontrolatzeko eta, oro har, inposatzeko beharra. Aurreko taldean bezala, jokabide-adierazpenak erasoarekin eta beste pertsona batzuen esplotazioarekin lotuta daude; haur horiek ikasten dute bi aukera daudela soilik, biktima edo erasotzailea. Biktimizazioaren ondorioak, berriz, saihesteko jokabideen bidez adierazten dira, hala nola disoziazioa eta ihesak, eta antsietate-nahasmenduekin lotutako portaeren bidez, hala nola fobiak, loaren nahasmenduak, elikadura-nahasmenduak eta berriz biktimizatzen dituzten harremanak. (20)

Finkelhorrek aipatutako ondorio espezifikoei, Roland Summit psikiatra estatubatuarrek deskribatutako ondorioak gehitu behar zaizkio, haurren sexu-abusura egokitzekeo sindromearen parte direnak. Biktimak laguntzarik jasotzen ez duenean eta sexu-abusuak etengabe gertatzen direnean, geratzen zaion aukera bakarra egoera onartzen ikastea eta bizirik irautea da. Haur osasuntsu, normal eta emozionalki malgu batek sexu-abusu jarraituaren errealitatera egokitzen ikasiko du, sexu-eskakizun

intrusiboetara egokitzeke erronkari aurre eginez, eta, aldi berean, traizioaz jabetuko da eta objektu soil bat bihurtu dela onartu. Familia barruko abusuen kasuetan gainera figura babesle eta afektibo gisa idealizatuta egon ohi den pertsona batentzat objektua bihurtu dela onartu behar du. Nerabe eta helduen funtzionamendu psikologikoan patologiko gisa errotulaturako jokabide asko haur osasuntsu batek guraso-giro antinatural eta gaixo batean izaten dituen erreakzio naturaletan sortzen dira. (31)

3.8. PREBENTZIOA

Eboluzioaren etapa bakoitza desberdina da, baita herrialde desberdinetan hori ematen den modua, horregatik prebentzio programa bakoitza egokituta egon beharko zen aplikatzen den testuingurura. (24)

Pepa Horno-ren arabera, oso garrantzitsua da programa globalak izatea, hau da, bai umeekin lan egiten duten profesionalek, bai guraso edo tutoreek, eta baita umeek ere parte hartzea. Baita ere haurren sexu abusuaren susmoa eta esplorazio sexual naturala bereizten jakin behar da, haurrak bizi duen eboluzio-etaparen arabera. Prebentzio-programa horien ondorio kaltegarriak izan daitezke haurren adierazpen sexualak jazartzea, modu baimenduan esploratzen edo jolasten diren haurren artean osasungarriak direnean. (32)

Programa hauek, beraz, garapen pertsonal eta sozialeko eta osasunerako hezkuntzako proiektu orokor baten parte izan beharko liriateke, eta, zehatzago esanda, sexu-hezkuntzako programen barruan sartu beharko liriateke. (32)

Norberaren sexualitatearen ezagutza positiboa faktore erabakigarria da erabilera desegokiak diskriminatzeko, gertatzen direnean behar bezala erantzuteko eta ondorio negatiboak murrizteko. Izan ere, haur bat kontziente bada jakin-mina edo plazerra senti dezakeela bere gorputza begiratzen eta ukitzen, edo beste baten gorputza esploratzen, hobeto uler dezake erabilera egoki eta desegokien arteko aldea. Sexualitateaz modu irekian hitz egiteak erraztu egin dezake, halaber, erabilera desegokia dagoenean, hau libreago komunikatzea. (32)

Autoestimu eta konfiantza maila, arazoak konpontzeko gaitasunaren eta premia afektiboak konponduta dauden maila lotuta daude haurrek sexualitatearen erabilera desegokiarekin duten ahultasun mailarekin. Hau da, aldagai batzuek funtsezko eginkizuna dute jokabide horien prebentzioan, eta, beraz, programa horietan sustatu behar dira. (32)

Horregatik, kurrikulumak garapen afektibo egokia sustatu beharko luke: enpatia, norberaren eta besteen sentimenduen identifikazioa, bulkaden kontrola eta estresaren eta larritasunaren maneiua egokia, gizarte-trebetasun jakin batzuk, hala nola asertibitatea, gatazkak konpontzea, hitzezko eta hitzik gabeko komunikazioa, eta laguntza bilatzeko gaitasuna. (32) (24)

4. IKERKETAREN JUSTIFIKAZIOA

Haurren aurkako sexu abusua arazo pribatu izatetik gizartearentzako erronka eta lehenetsun izatera pasatu da. Hala ere, sexu abusua lau neskatotik bati eta zazpi mutikotik bati eragiten dien arazoa bada ere, kasuen %10a baino gutxiago salatzen iristen dira, eta familia barruko kasuak direnean % 2 soilik ezagutarazten da gertatzen ari den momentuan.

Prebalentzia hori handia izan arren, profesional askok ez daukate gaiaren inguruko formakuntza egokirik, horregatik, ikerketa-lan honek bi helburu ditu: alde batetik, azken 10 urteetan Bilbao – Basurto ESIn artatutako kasuen eta horietan jarraitutako protokoloaren atzera begirako azterketa deskribatzailea egitea, eta, bestetik, gaiaren berrikuspen bibliografikoa egitea, formakuntzan sakontzen eta zabaltzen saiatzeko.

5. HELBURUAK

Helburu nagusia Bilbao Basurto ESian azken 10 urteetan artatu diren haurren kontrako sexu abusu kasuen berri izatea: haien aldagai klinikoak eta ospitalean egindako maneia aztertu.

Bigarren mailako helburua haurren aurkako sexu abusuaren inguruko bilaketa bibliografikoa egitea eta pediatrian artean arazoaren garrantzia sozializatzea.

6. MATERIAL ETA METODOAK

6.1. IKERKETAREN GARAPENA

Dokumentazio klinikoaren zerbitzuan abusu diagnostikoaren kodigoarekin kodifikatutako historia klinikoak eskatu dira. 2009 eta 2019 urteen artean 18 urtetik beherako kasuak hartu dira, aurretik Bilbao – Basurtoko ESI-ko Etika eta Ikerketa Komitearen onarpenarekin.

Hurrengo kodigoak dituzten diagnostikoak bilatu dira:

- CIE10: T76, T76.2, T76.22, T74.2, T74.22. Abusu edo abusu susmoa.
- CIE9: 99583, 9099, 99550, V6289, V629. Abusu, eraso edo hoiien susmoa.
- Z659, Z609. Distrozia soziala.

Behin historia klinikoak lortuta hauen berrikusketa egin da, hurrengo bariabileak aztertuz:

- Sexua
- Adina
- Aurrekari pertsonal garrantzitsuak
- Abusu mota
- Abusua biolentziarekin

- Abusuaren lekua
- Abusuaren denbora
- Abusatzailearen sexua
- Abusatzailearen adina
- Abusatzaileak aurreko denuntziak dituen
- Abusatzaile eta biktimaren arteko erlazioa
- Lesio motak
- Ospitaleko maneia, epailea deitu
- Interes legaleko laginak hartu
- Ospitaleko maneia, protokoloaren jarraipena
- Kontsultetan jarraipena
- Sexu bidez transmititutako gaixotasunen profilaxi eta serologia
- Diagnostikoa
- Garatutako patologia funtzional edo psikiatrikoa

Bildutako datuekin analisi estatistikoa egin da.

6.2. IKERKETA MOTA

Ikerketa mota atzera begirako azterketa deskribatzailea da. Bilbao – Basurto ESIan 18 urtetik beherakoetan 2009 – 2019 bitartean emandako abusu kasuak aztertu dira, ospitaleko urgentzietan artatutako kasuak eta baita ere lehen mailako arretan artatutakoak.

6.3. IKERKETAREN MUGAK

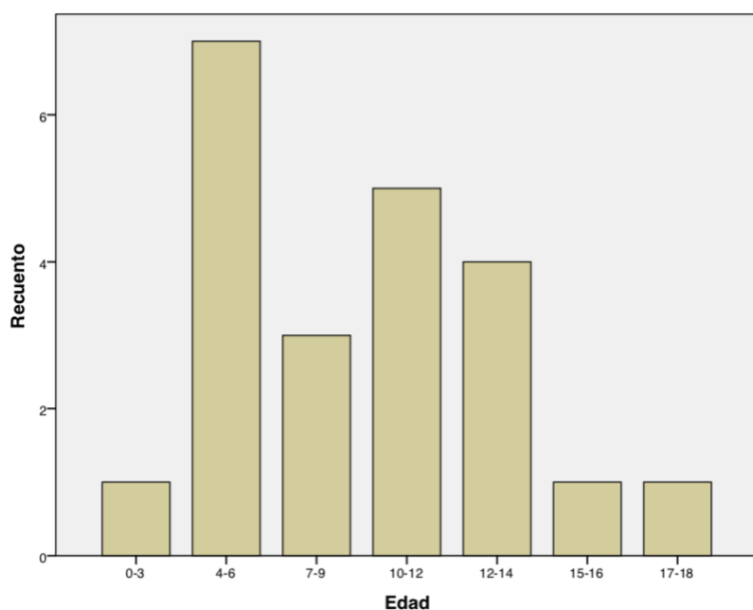
Ospitalean eta lehen mailako arretan artatutako pazienteek agian ez dute gizartearen multzoa islatzen, ikerketek erakutsi dute haurren aurkako abusuen kasu gehienak denbora luzea pasatuta ateratzen direla argira. Beraz, guk lortutako datuak ez dute zertan errealitatearen irudi egoki bat islatu behar.

6.4. KONTSIDERAZIO ETIKOAK ETA KONFIDENTZIALTASUNA

Azterlana Bilbao - Basurto ESiko Etika eta Ikerketa Batzordeak onartu du. Ikerlana indarrean dagoen legediaren arabera egiten dela ziurtatzen dute ikertzaileek. Ikerketan sartzeak ez dakar inolako aldaketarik asistentzia-praktikan, ezta esku-hartze gehigarrikerik ere pazienteetan. Datu-baseek ez dute pazientearen izenik edo bestelako daturik jaso. Ikertzaile nagusiak izan dira datu-basearen kontrolaren arduradunak, eta konfidentzialtasun eta segurtasun printzipioak betetzen direla ziurtatu dute.

7. EMAITZAK

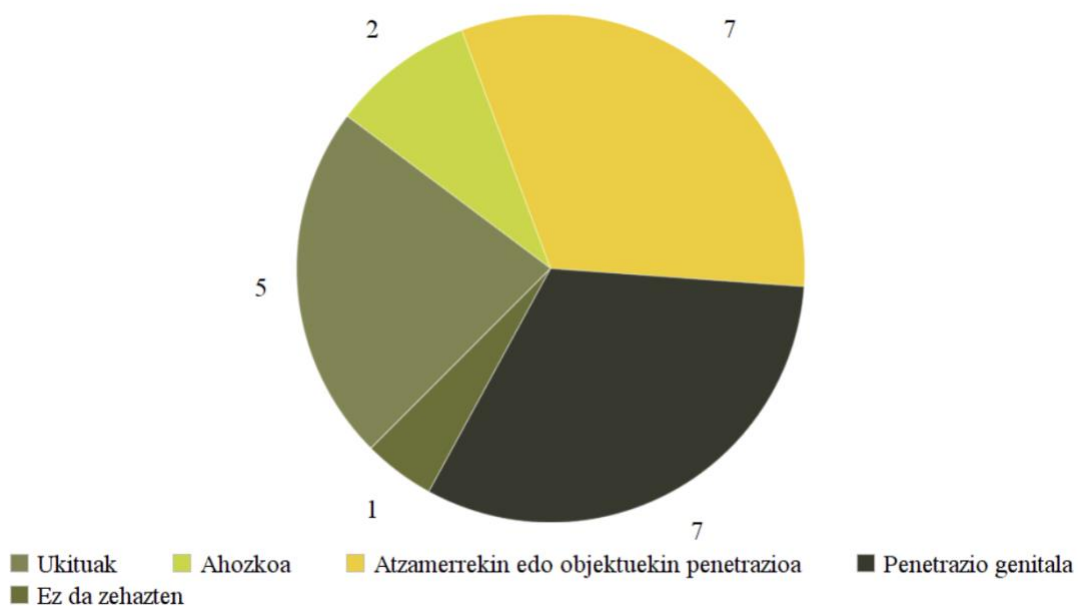
Esan bezala, ikerketa honetarako aipatutako diagnostiko kodeak dituzten historia klinikoak hartu ditugu, 2009 eta 2019 bitartean Bilbao Basurto ESian artatutakoak. 319 historia kliniko izan dira kode horiek dituztenak, eta hauek aztertu ditugu benetan abusu sexuala diren kasuak topatzeko. 22 kasu gelditu dira azkenean, hori izan da beraz gure ikerketarako lagina. Lehenik eta behin lortutako datuen analisi deskriptibo bat egingo dugu.



4. Irudia. Pazienteen adina. Adin tartetan adierazita.

22 horietatik 17 (%77,3) neska eta 5 (%22,7) mutil izan dira, 3 eta 17 urte bitartekoak. Grafikan ikusi dezakegu nolakoa den pazienteen adin banaketa. (Ikusi **4. irudia**). Ehuneko metatuan fijasen bagara ikusi dezakegu %50a 9 urte baino gutxiago dituela. Pazienteetatik 4k (%18,2) garapenarekin erlazionatutako patologiaren bat daukate eta 18 (%81,8) ez daukate intereseko aurrekari pertsonalik.

Jasandako abusu motari dagokionez ikus dezakegu gehiengoa penetrazioa (%63,6) izan dela (bai genitalekin, %31,8, eta bai atzamar edo objektuekin, %31,8), horren ostean gehien eman dena ukipenak (%22,7) izan dira, eta azkenik ahozkoa (%9,1) (Ikusi **5. irudia**). 22 kasu horietatik 3 kasutan (%16,6) biolentzia fisikoa egon da abusuarekin batera, beste 3tan (%16,6) ahozko biolentzia, 9 kasutan (%40,9) ez da zehazten eta 7tan (%31,8) ez da biolentziarik egon.

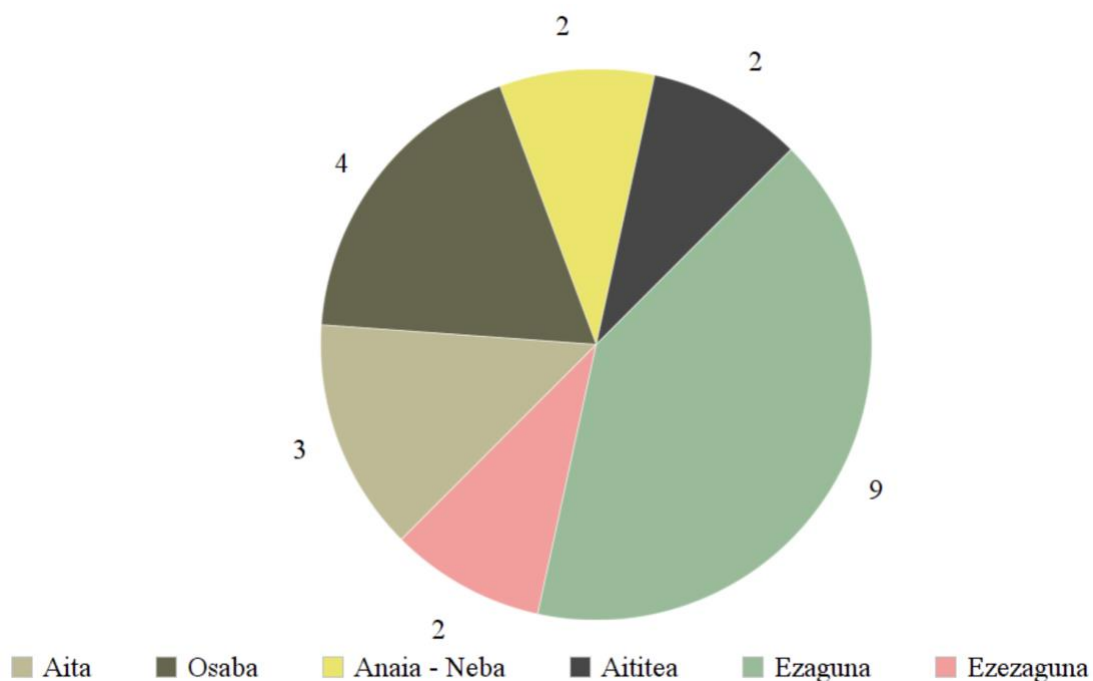


5. Irudia. Abusu mota. Kasu kopurutan adierazita.

Aztertutako kasuen %45,5ean abusia ematen den lehenengo aldia zen, %54,5ean ordea ez da lehenengo aldia, behin baino gehiagotan emandako abusia da. Kasu gehienetan abusatzailearen etxean gertatu da abusia (7 kasutan, %31,8), gero biktimaren etxean (5 kasutan, %22,7) eta azkenik espazio publikoan (4 kasutan, %18,2). Aipatzekoa da baita 6 kasutan (%27,3) anamnesian ez dela aipatzen non gertatu den abusia.

Abusatzailearen ezaugarriei dagokionez 21 (%95,5) gizonak dira eta 1 (%4,5) emakumea. 8 (%36,4) adin txikikoak eta 14 (%63,6) helduak. Gehienek (%90,9) ez daukate aurreko salaketarik, 2 dira aurreko salaketa bat daukatenak.

Erasotzaile eta biktimaren arteko erlazioari dagokionez argi gelditzen da gehienak (%90,9) ezagunak direla. %13,6 aita zen, %18,2 osaba, %9,1 anaia edo neba, %9,1 aititea, %40,9 ezaguna eta soilik %9,1 ezezaguna zen (Ikusi **6. irudia**).



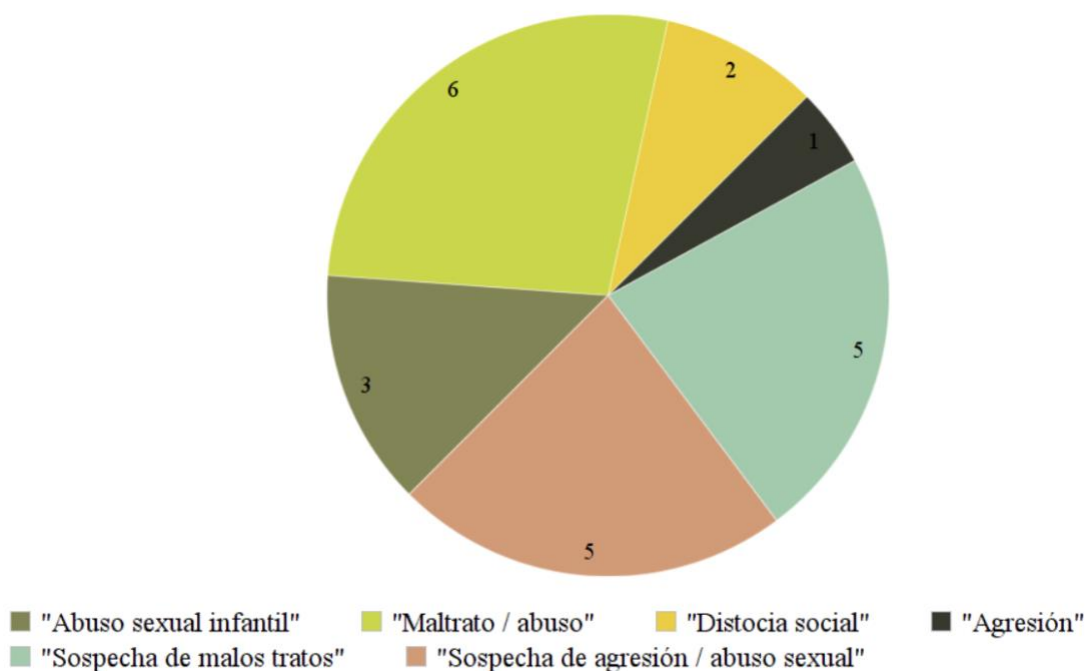
6. Irudia. Erasotzaile eta biktimaren arteko harremana, kasu kopurutan adierazita.

Biktimaren eta erasotzailearen ezaugarriak aztertzeaz gain osasun zerbitzuak egindako prozedura aztertu da baita. Azterketa fisikoak ikusitako lesioei dagokienez, gehienetan (14 kasutan, %63,6) ez da lesiorik agertzen, 4 kasutan fisura (%18,2), 3 kasutan (%13,6) eritema genitalak eta kasu batean (%4,5) sexu bidez transmititutako infekzioa.

Kasu gehienetan (16 kasutan 22tik, %76,2) protokoloak zehazten duen bezala epailea deitu da. 12 kasutan (%54,5) interes legaleko laginak hartu dira eta 10 kasutan (%45,5) ez. Gehienetan (16 kasutan, %72,7) jarraipena egin da lehen mailako arretako kontsultetan.

Sexu bidez transmititutako infekzioen serologia eta profilaxiari dagokionez gehienetan (%81,8) ez da beharrezkoa izan, 2 kasutan ez da egin nahiz eta beharrezkoa izan, eta beste 2 kasutan bai egin da.

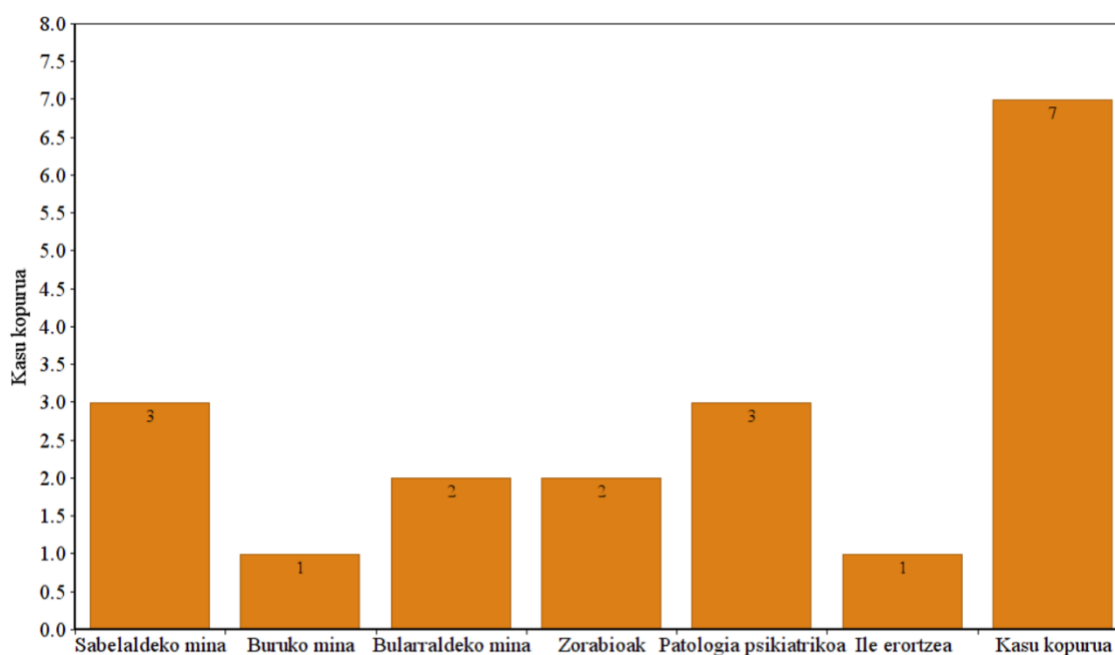
Pazientea artatutako medikuak jarritako diagnostikoa aztertu dugu baita, aipatzekoa da %13,6a soilik diagnostikatu dela hurren kontrako abusu bezala. %27,3 “maltrato/abuso” bezala diagnostikatu da, %9,1 “distocia social” bezala, %22,7 “sospecha de agresión/abuso sexual” bezala, %22,7 “sospecha de malos tratos” eta %4,5 “agresión” bezala. (Ikusi **7. irudia**)



7. Irudia. Egindako diagnostikoa. Kasu kopurutan adierazita.

Aztertu da baita abusuaren ostean umeak patologia funtzional edo psikiatrikorik garatu duen, eta ikusi da 7 (%31,8) pazientetan ikusi da bai garatu dutela. Hurrengo grafikan ikusten da zeintzuk izan diren garatutako patologia desberdinak. (Ikusi **8. irudia**)

Grafikan ikus daitekeen bezala 7 paziente horietatik 3k (%42,8) sabelaldeko mina garatu dute, 1ek (%14,3) buruko mina, 2k (%28,6) bularraldeko mina, 2k (%28,6) zorabioak, 3k (%42,8) patologia psikiatrikoa eta 1ek ile erortzea.



8. Irudia. Patologia aurkeztu zuten 7 kasuetan agertu ziren patologia motak, kasu kopurua.

Aldagaien analisi deskribatzailea egin ostean zenbait aldagai elkartu ditugu haien analisi gurutzatua egiteko.

Abusu mota eta biktimaren sexua:

1. Taula. Abusu mota eta sexuaren arteko analisi gurutzatua

ABUSU MOTA	SEXUA	
	Neska	Mutila
Ukituak	%100	%0
Ahozkoa	%100	%0
Atzamarrekin edo objektuekin penetrazioa	%57,1	%42,9
Penetrazio genitala	%71,4	%28,6
Ez da zehazten	%100	%0

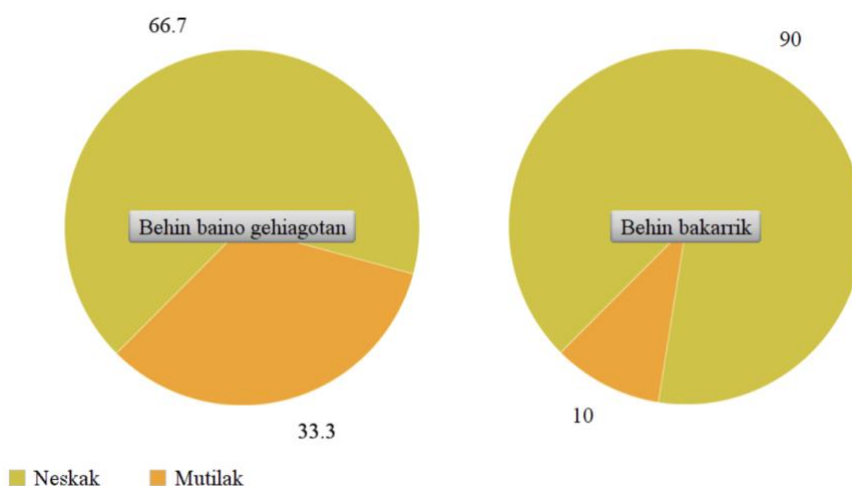
2. Taula. Abusu mota eta sexuaren arteko analisi gurutzatua

ABUSU MOTA	SEXUA	
	Neska	Mutila
Ukituak	%29,4	%0
Ahozkoa	%11,8	%0
Atzamarrekin edo objektuekin penetrazioa	%23,5	%60
Penetrazio genitala	%29,4	%40
Ez da zehazten	%5,9	%0

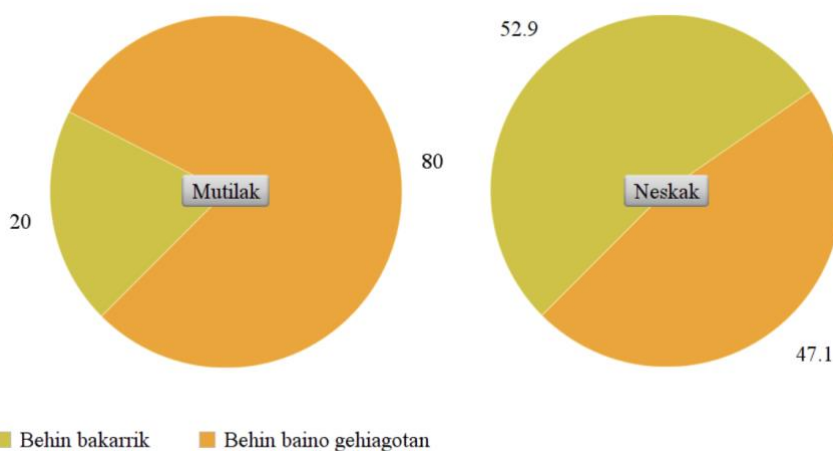
1. taulan ikusten da ukituan jasan dituzten pazienteen %100a neskak direla, berdina ahozko abusuekin. Atzamarrekin edo objektuekin penetrazioaren kasuan ordea %57,1 neskak izan dira eta %42,9 mutilak. Eta penetrazio genitalaren kasuan %71,4 neskak izan dira, eta %28,6 mutilak. Kontutan izan behar dugu, lehen ikusi dugun bezala gure laginean neska gehiago daudela.

2. taulan ikus dezakegu mutilen kasuan abusua penetrazioarekin izan dela kasu guztietan, %40an genitala eta %60an atzamar edo objektuekin. Nesken artean ordea ukituak eta ahozko abusua egon da baita.

Abusuaren denbora eta biktimaren sexua:



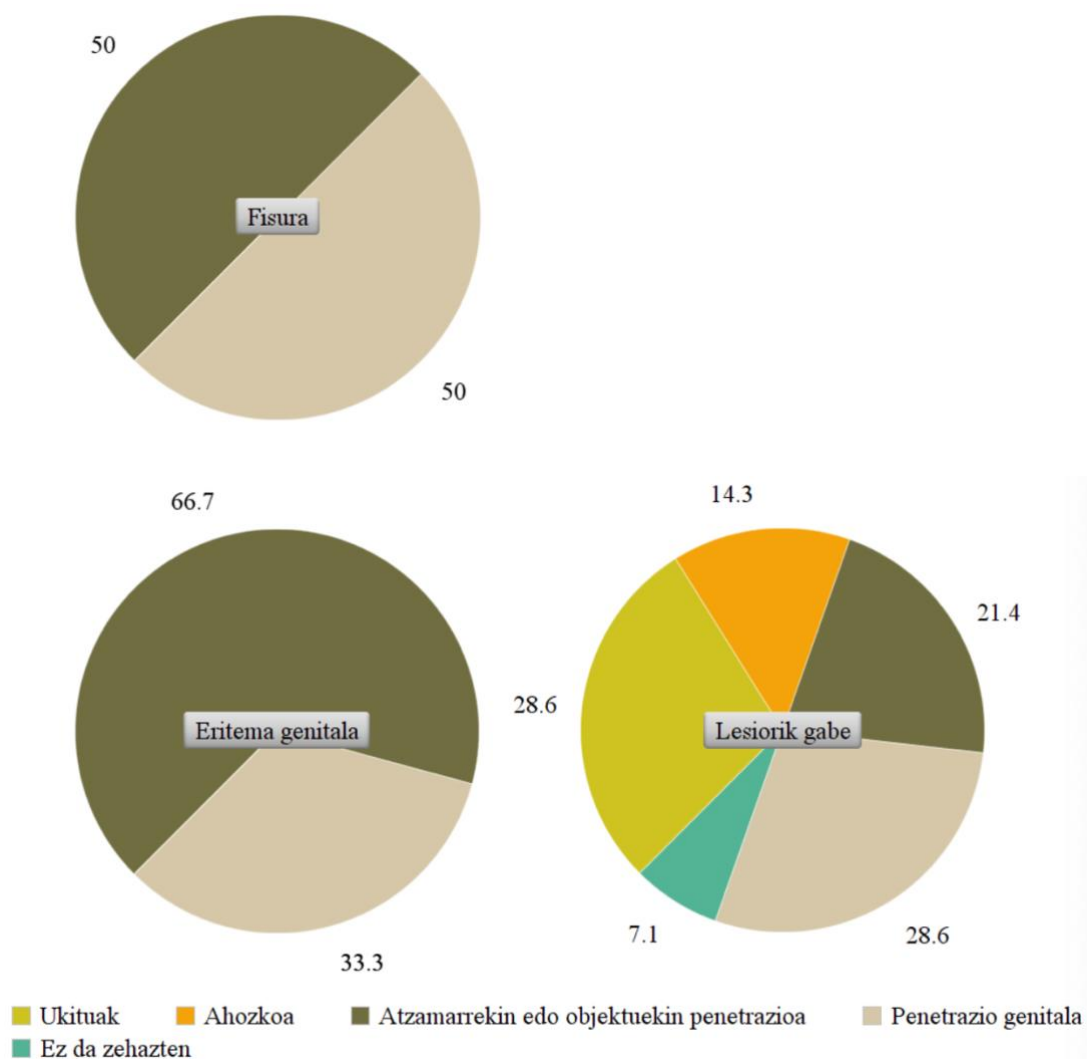
9. Irudia. Abusu denbora eta biktimaren sexuaren arteko analisi gurutzatua. Ehunekotan adierazita.



10. Irudia. Abusu denbora eta biktimaren sexuaren arteko analisi gurutzatua. Ehunekotan adierazita.

9 eta 10 irudietan abusuaren denboraren eta biktimaren sexuaren arteko analisi gurutzatua egin dugu. 9. irudia erreparatuz ikusiko dugu bai behin baino gehiagotan emandako abusetan eta bai behin bakarrik emandakoan neskak nagusitzen direla, baina aipatu bezala neska gehiago daude gure laginean. 10. irudian ikusten dugu mutilen kasuan gehiago ematen direla abusu errepikatuak, nesken kasuan ordea desberdintasuna txikia da.

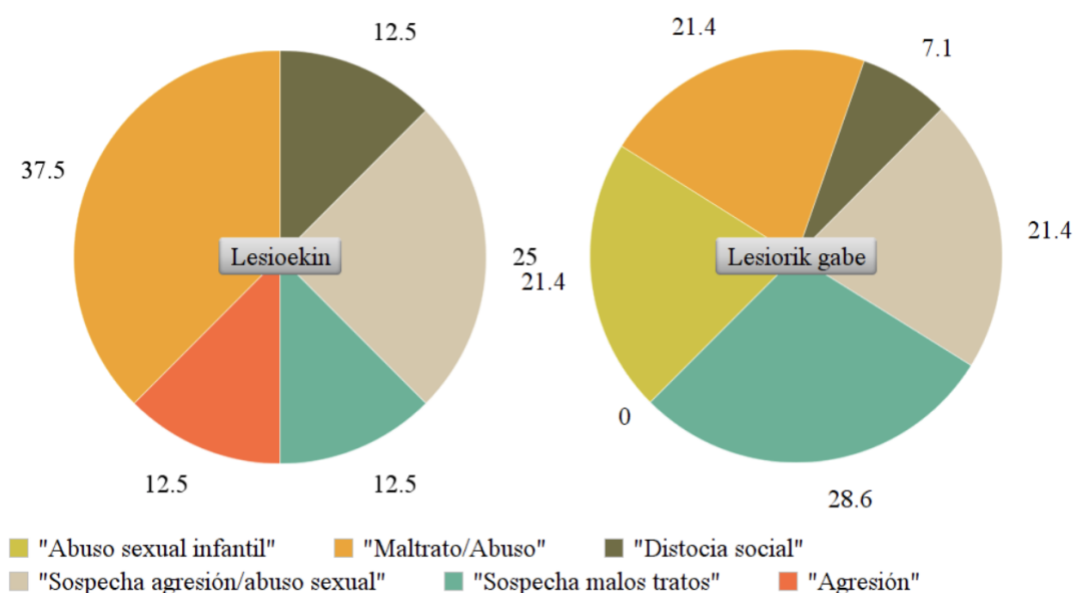
Abusu mota eta lesioak:



11. Irudia. Abusu motaren eta lesioen arteko analisi gurutzatua. Ehunekotan adierazita.

Abusu mota eta lesioak aztertzean ikusten da (ikusi **11. Irudia**) lesioak daudenean (fisura eta eritema genitala) penetrazioa egon dela. Hala ere penetrazioa dagoenean gehienetan ez dira lesioak agertzen, izan ere, penetrazio genitalaren kasuan %57,1an ez dago lesiorik, %14,3an eritema dago eta %28,6an fisura. Atzamarrekin edo objektuekin penetrazioan %42,9an ez dago lesiorik, %28,6an eritema eta %28,6an fisura.

Abusu mota eta diagnostikoa:



12. Irudia. Abusu motaren eta diagnostikoaren arteko analisi gurutzatua. Ehunekotan adierazita

9. irudian ikus dezakegu lesioak daudenean diagnostiko ziurrak nagusitzen direla, lesiorik gabe ordea susmoa jartzeko joera handiagoa da.

8. EZTABAIDA

Narcisa Palominok Bizkaiko Medikuen Elkargoarentzako emandako hitzaldian konparaketa bat egiten du ikerketetan estimatzen diren kasuen (prebalentzia) eta

salatzen diren kasuen (intzidentzia) artean. Espainian 2015ean 3.919 kasu salatu ziren, baina estimazioa da 97.415 kasu egon zirela urte horretan. (7) Save the Children-ek argitaratutako informean Euskadiko datuak agertzen dira, horren arabera kasuen %2 eta %10 artean soilik azaleratzen dira, eta horien artean %90a ez dira ahozko epaiketara iristen. (15) Gure ikerketan 10 urtetan artatutako kasuak aztertu ditugu, eta soilik 22 agertu dira; argi daukagu zifra hau ez dela Bilbo Basurtoko ESian dauden kasuen isla, ikusi dugunez kasu gehienak ez dira argira ateratzen, edo ateratzekotan abusua gertatu eta askoz beranduago izaten da. Gainera kontutan izan behar dugu ESian artatutako kasu batzuk ez ditugula jaso, txarto kodifikatuta egotean berreskuratzea ezinezkoa delako.

Espainiako Barne Ministerioaren datuen arabera (Ministerio de Interior) 2017an 3.041 kasu salatu ziren, hau da, salaketa bat 3 orduko. (33) Intebik aipatzen duen 1984ko ikerketa batean aztertzen da biktimaren eta erasotzailearen arteko erlazioa salaketa egin dutenen artean, %73ean ezezaguna zen erasotzailea, %23an ezaguna eta familiako norbait zenean ez zegoen salaketarik. (21)

Gure ikerketan neska gehiago daude biktimen artean mutilak baino, eta horrek bat egiten du bibliografian topatutako datuekin, hala ere aipatzekoa Irene Intebik bere liburuan esaten duena. Beraren iritziaren arabera mutilek gutxiago salatzen dute, arrazoi kulturalen ondorioz. Alde batetik, mutilak indar fisikoarekin, ausardiarekin eta boterearekin lotutako maskulinitate eredu batean hezi ohi dira, mutil batek bere burua zaintzen eta bere burua defendatzen jakin behar duelaren ustearekin. Gainera, abusuak ez dio soilik gizonen autokonfiantzari eragiten, homosexualitatearen estigma ere badakar. (21)

Intebik bere liburuan esaten duenaren arabera 8 urte da adin pikoak, bertan ematen dira abusu gehienak. Gure ikerketan ikusi dezakegu %50a 9 urtetik behera dituela, beraz esan dezakegu haurren kontrako abusu sexualak goiz hasten direla, umeak zaugarriagoak direnean. (21)

Ikerketa honetan kasu gehienetan abusua ematen den lehenengo aldia da, baina bibliografian topatzen dugun informazioak kontrako esaten du. 5 urte baino gutxiago zituzten 32 biktimekin egindako ikerketa batean, %13ak esan zuen gertatzen zen

lehenengo aldia zela, %31,35ak biktima zen duela urte bete, eta %11,75a urtebete baino gehiago zeramatzan abusua sufritzen. 6 eta 11 urte bitarteko umeen kasuan, 67 kasu aztertu ziren, horietatik %1,7an lehenengo aldia zen, %29,1 duela urtebete gertatzen zen, eta %36,25an urtebete baino gehiago. 12 urtetik gorakoetan %3,8an lehenengo aldia zen, %10,7 duela urtebete gertatzen zen, %26,5an urtebete baino gehiago baina 3 urte baino gutxiago, eta %23an 3 urte baino gehiagoko abusua zen. (21)

Suzanne Sgroi adituak, helduen eta haurren arteko hurbilketa sexualen dinamikaren patroia aurreikusi zuen, bost etapa bereiziz osatua. Lehena kaptazio fasea da, eta horren ezaugarri nagusia haurrarekin lotura bat sortzea da, eta ondoren jokabide sexualizatuera bultzatzea, hasiera batean modu sotilean eta denborarekin konplexuagoak izaten doazenak. Horregatik, Intebik dioen bezala, masturbatze, ahozko sexu edo penetrazio praktikek prozesu kroniko batetan pentsarazten dute, sei hilabete eta urtebete bitartean gertatutakoak. (21)

Abusatzaileren perfilari dagokionez gure ikerketak eta bibliografian aurkitutako datuek bat egiten dute, kasu gehienetan abusatzaileak gizonak dira, eta gainera ingurukoak, ezagunak umearen familiarentzat, konfiantzazko pertsonak.

Aipatzekoa da baita gure ikerketan 22 kasuetatik erasotzaileetatik 8 adin txikikoak zirela, Finkelhorrek egindako ikerketa baten arabera erregistratutako kasuen artean %20an erasotzailea adin txikikoa zen. (21) Gizartean dagoen erasotzaileen irudia ez da errealitatearen isla, iruditegi kolektiboan erasotzaileak arazo psikiatrikoak dituzte, alkoholikoak dira, zailtasun sozialak dituzte edo zahar berdeak dira. Baina errealitatea oso desberdina da. Prendergastek, haurren kontrako sexu-erasotzaileen tratamenduan aditua den ikertzaileak, dio: “nire praktika pribatuan zein esperientzia instituzionalean ezagutu nituen abusatzaile gehienak pertsona atseginak, heziak, zaldunak, laguntzaileak, portaera onekoak eta oso langileak ziren. Ahal duten guztia egiten dute atseginak izateko eta onartuak izateko.” (21)

Emaitzetan ikusi dugun bezala kasu gehienetan ez dago lesio fisikorik, horregatik da hain garrantzitsua umearen errelatoari erreparatzea, hori izango da hain zuzen ere froga garrantzitsuena. Goodwin-ek 1982ean egindako ikerketa batean ikusi zuen abusu

sexualengatik tratatuta zeuden umeen artean %4an bakarrik testigantza faltsua zela, eta gainera %2a bakarrik umeak egindako errelatoa zenean. Umeek arrazoi mugatuengatik bakarrik esaten dute gezurra. Zigor bat saihesteko egin dezakete, baina ez dute istorio bat asmatzen, gertatu denaz ezer ez dakitela esaten dute, edo errua beste norbaiti botatzen diote. Beren heldutasunik eza edo babesgabetasuna ezkutatzeko ere gezurra esan dezakete, behin baino gehiagotan entzun dugu ume bat esaten bere gurasoak astronautak direla edo hegan egin dezaketela. Baina oso arraroa da haien gezurretan erreferentzia sexualak sartzea, eta are gutxiago sexualitate helduari buruzko xehetasun zehatzak ematea. AEBetan egindako ikerketetan, eboluzio-etapa desberdinetako ohiko beldurrak zein ziren ikertu zen, eta ez zen inoiz agertu sexu-erasoaren beldurra. Umeengan munstro eta mamuen beldurra agertzen da, eta kalte fisikoaren beldurra handienetan. Beraz ume batek sexu abusu bat kontatzen duenean entzun eta sinistu behar dugu. (21)

Aipatzekoa da nola lesioa egon ez den kasuetan susmoa nagusitu dela diagnostikoan. Garrantzitsua da diagnostikoa era egokian egitea eta haurren kontrako abusu bezala kodifikatzea. Alde batetik epaitegietan garrantzi handia ematen zaiolako medikuak egindako txostenari eta bestetik bai bilaketak zein ikerketak egiteko momentuan datuak topatu ahal izateko. Argi gelditu behar da lesioak ez egotea ez duela esan nahi abusua egon ez denik, ikusi dugun bezala kasu gehienetan ez dago lesiorik. Honek guztiak ikusarazten du protokolo baten beharra. Lehenik eta behin pediatrian lan egiten duten pertsonentzako formakuntza gai honen inguruan, kasuak identifikatu ahal izateko eta jakiteko nola jokatu horren aurrean. Eta gero jokatzeko modu orokor bat zehazteko, langile guztiak bide berdina jarraitzeko, modu horretan atentzio ahalik eta osatuen eskaini ahal izateko haurrari, bigarren mailako biktimizazioa ekidinez eta umea arrisku egoeratik aldentuz.

Azkenik badaude gai batzuk ezin direnak aipatu gabe gelditu. Lehenengoa Irene Intebik bere liburuan plazaratzen duen ideia bat. Berak azaltzen duen bezala haurren tratu txar mota guztiak maila sozioekonomiko baxueneko familien artean hautematen dira proportzio handiagoan, baina hori ez da prebalentzia handiagoaren ondorio, baizik eta populazioaren talde honetan komunitateak esku hartzeko erraztasun handiagoa duelako. Horregatik da garrantzitsua nabarmentzea gauza bat abusuaren detekzioa

dela, eta beste bat, oso desberdina, benetako gertaerak. Haurren kontrako sexu abusuak gizarte-maila guztietan eragiten du, baina zailtasun handiagoa dago diagnostikatzeko eta esku hartzeko klase ertain-altuko familietan. Doako arretako zentroak eta eskola publikoak toki pribilegiatuak dira abusua antzemateko. Errealitateak erakusten digu maila pribatuan, baliabide handieneko familiak dauden tokian, abusu hori geldiarazteak arazo bat dakarrela: eskola pribatu batean bezeroak galtzea dakar, edo kontsulta ordaintzen duten pazienteak. Abokatu onenak kontrata ditzaketen pertsonak ekar ditzaketen lege-konplikazioak ahaztu gabe. Diru-sarrerara handiko biztanle gehienak arreta publikoko zerbitzuetatik urrun bizi dira; beraz, zaila egiten zaie laguntza eskatzera hurbiltzea, nahiz eta premia argia izan. (21)

Bigarrena Guraso Alienazioaren Sindrome faltsua da. Arlo zibileko eta penaleko epaiketetan ohikoa da guraso alienazioaren sindrome faltsua (SAP) erabiltzea, komunitate zientifikoak eta haurren sexu-abusuan adituak direnek erabat baztertu dutena. Sindrome faltsu hori askotan erabili izan da, epai horien bidez, haurraren babes figurari kustodia kenduz, eta haurra erasotzailearen eskuetan utziz. (34)

SAPa Richard Gardner pedofiloak sortu zuen, bere diruarekin finantzaturako hainbat liburutan horri buruz hitz egiten zuen. "Sindromea" honako honetan oinarritzen da: salatzaileak (gehienetan amak) biktima (umea) konbentzitzen du esateko benetan gertatu ez diren sexu-abusuak gertatu direla. (34) Garai hartako psikiatra horrek (sindromearen asmakuntza 1985ean izan zen) diru asko irabazi zuen intzestu epaiketetan peritu gisa, pederastiaren aldeko hainbat elkartetako kide zen eta honako hau zioen: "Gure gizartean heldu baten eta haur baten arteko sexu-topaketei buruzko jarrerara oso zigortzailea eta moralista dugula ulertzen lagundu behar diogu haurrari". (35)

Maria Naredok azpimarratzen du haurren aurkako sexu abusuak arazo sozial eta/edo politiko gisa ez ezik, giza eskubideen arazo gisa ere kokatu behar direla. Hau da, haurrak ez dira politiken onuradun gisa hartu behar soilik, eskubideen titular gisa baizik, eta, beraz, hala izatea abusuak giza eskubideen urraketa larritzat hartzeko beharra nabarmentzen du. (36)

9. ONDORIOAK

Haurren kontrako abusu sexuala oraindik gizarteratu gabeko gaia da, guztiz infradiagnostikatuta eta tratatuta dagoena. Horregatik da hain garrantzitsua ikerketak garatzea honen inguruan, datu eguneratu eta errealak lortu ahal izateko. Honetaz gain ezinbestekoa da prebentzio programa eraginkorrak martxan jartzea, elkarlan bat eginez umeen bizitza inguratzen duten esparru desberdinekin, eta umeekin lan egiten duten profesionalen formakuntza bermatzea. Adibide bezala, Suedian garatutako umeen etxea eranskinetan gehitu dugu, bertan haurren kontrako sexu abusuak nola artatu planteatzen da, parte hartzen duten profesional (mediku, gizarte langile, epaile...) guztien arteko elkarlanean eta umeen ongizatean pentsatuz, bigarren mailako biktimizazioa saihestuz eta prozesua ahalik eta errezen eginez.

Haurrak babestea etorkizun hobe bat eraikitzea da, haien garapen egokia ziurtatzea beharrezkoa da etorkizuneko gizartea eraikitzeko. Ken dezagun benda begietatik, eta has gaitezen gai hau lantzen, merezi duen presa eta garrantziarekin.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Molinero LR. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de Salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatría Integral*. 2018; XXII(4): p. 187-199.
2. UNICEF. Convención sobre los derechos de los niños. ; Junio 2006.
3. Edefundazioa. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes en la CAPV; diagnóstico, retos y orientaciones. Donostia: Gobierno Vasco, Departamento de empleo y políticas sociales; 2020.
4. Pereda N. ¿Uno de cada cinco? Victimización infantil en España. *Papeles de Psicólogo*. 2016; 37(2): p. 3-13.
5. BOE. 8222 Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Jefatura del Estado; Jueves 23 de julio de 2015.
6. Pereda N, Fornis M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31: p. 417-426.
7. Urda NP. Atención a la Violencia Sexual contra la Infancia. Detección, Notificación y Seguimiento. In Colegio de Médicos de Bilbao; 2019; Bilbao.
8. Fundación Márgenes y Vínculos. Cómo actuar ante la violencia sexual contra menores. Guía para madres y padres. Cádiz; 2015.
9. Pereda N, Guilera G, Fornis M, J. GB. The prevalence of child sexual abuse in community and study samples; A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(4): p. 328-338.
10. Stoltenborgh M, van-IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011; 16(2): p. 79-101.
11. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*. 2014; 58(3): p. 469-483.
12. De Paúl J, Milner JS, Múgica P. Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*. 1995; 19(8): p. 907-920.
13. Cantón D, Justicia F. Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*. 2008; 20(4): p. 509-515.

14. Pereda N, Arch M, Guerra-González R, Llerena G, Berta-Aleman M, Saccinto E, et al. Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Anales de Psicología*. 2012 Mayo; 28(2): p. 524-531.
15. Sastre A, Marcos L, Silván E, Alonso JI, Lajarín A, Torres J, et al. Ikusi nahi ez duten begiak. Save the Children España; 2017.
16. Montiel I, Zubieta-Méndez X. Factores inhibidores de la revelación de abuso sexual infantil. *Revista de Victimología*. 2016 Dec 05;(4): p. 53-81.
17. Comunicación Poder Judicial. Poder Judicial España. [Online].; 2016 [cited 2020 04 23. Available from: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-constata-que-la-proporcion-de-falsos-relatos-de-abuso-sexual-infantil-por-parte-de-las-victimas-es-muy-reducida>.
18. Polo P. Poner nombre a lo invisible. Protección y prevención del abuso sexual infantil. In *Haurren kontrako sexu abusuen sekretua hausten*; 2019; Bilbao.
19. Lamb S, Edgar-Smith S. Aspects of disclosure: Mediators of outcome of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 1994; 9: p. 307-326.
20. Intebi IV. Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar. Santander: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2012.
21. Intebi IV. Abuso Sexual Infantil en las mejores familias Buenos Aires: Granica; 2011.
22. Horno-Goicoechea P, Santos-Náñez A, Molino-Alonso C. Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales. Madrid: Save the Children; 2001.
23. Echeburúa E&GC. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Planeta. 2000.
24. Urizar-Elorza M. Haurrekiko abusu sexualen detekzio goiztiarra eta prebentzioa ahalbidetzen due berrikuntza proiektua. 2017.
25. Eusko Jaurlaritza. Hezkuntza-arloko prebentzio- eta jardun-protokoloa, gerta daitezkeen haurren eta nerabeen babesgabetasun, tratatu txar, sexu-jazarpen eta sexu-abusu egoeretakako, eta hezkuntza-arloaren eta adingabeak babesteko esku hartzen duten agenteen arteko lankidetzak. Gasteiz; Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultur Saila; 2016.
26. Baranda AG. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Sociedad Española de urgencias de Pediatría; 2014.
27. Urizar-Elorza M. Sostengu Sarea. [Online].; 2017. Available from: <https://sostengusarea.wixsite.com/asci/modulo-ii>.
28. Pepa Horno Goicoechea JMAV. Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. Madrid: Save The Children; 2004.

29. Finkelhor D, Browne A. The Effects of Sexual Abuse en Finkelhor, D. y cols. Child Sexual Abuse. 1986.
30. Sgroi S. Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse. Lexington Books. 1982.
31. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. Child Abuse & Neglect. 1983; 7: p. 177-193.
32. López F. Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual. Síntesis. 2014.
33. Kohan M. Periódico Público. [Online].; 2018. Available from: <https://www.publico.es/sociedad/abusos-sexuales-infancia-tres-horas-denuncia-abuso-sexual-menor-espana-70-casos-llega-juicio.html>.
34. Dora G. Niñas y niños en la justicia: abuso sexual en la infancia Ituzaingó: Maipue; 2016.
35. Gallego H. Desenmascarando al "síndrome de alienación parental" Montevideo: Caminos; 2013.
36. Naredo M. Desafíos de la protección de los derechos de niños y niñas víctimas de violencia desde el marco de derechos humanos. In III Jornadas de protección a la infancia y adolescencia. Abuso sexual: prevención, detección e intervención: Fundación Xilema; Iruña.
37. Alfageme A. La Casa de los Niños que han sufrido abusos. El País. 2005 02/11.
38. Síndic de Greuges de Catalunya. Protocolo. Marco de actuaciones en casos de abusos sexuales y otros maltratos graves a menores. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
39. Langevin R. Sexual strands: Understanding and treating sex anomalies in men. Lawrence Erlbaum, Hillsdale. 1983.
40. Pelto VL. Male incest offenders and non-offenders: A comparison of early sexual history. Dissertation Abstracts International. ; 42(3).
41. Horno P. Esuchando mis tripas: programa de prevención del abuso sexual en educación infantil. 2013.
42. Centro Reina Sofia. Maltrato Infantil en la Familia en España. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad; 2011.
43. Unidas N. Observatorio general nº13 sobre el Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. Convención de Derechos de los niños de Naciones Unidas; 2011.

11. ERANSKINAK

11.1. SEXU BIDEZ TRANSMITITUTAKO INFEKZIOEN PROFILAXIAREN DOSIAK

Infekzioak:

- Gonokokoa: ceftriaxona (125 mg i.m., dosi bakarra <45 kg-koetan, >45 kg-koetan: 250 mg i.m.) edo cefixima (8 mg/kg, ahoz, dosi bakarra).
- Sifilia: penicilina benzatina: 2.400.000 UI, dosi bakarra, muskulu barnetik.
- Chlamydia trachomatis: azitromicina: (20 mg/kg, ahoz, dosi bakarra, dosi maximoa: 1 g).
- Trichomonas vaginalis eta baginosia: metronidazol: 15 mg/kg/d, hiru dosietan, maximoa 2 g ahoz, 7 egun. Nerabeetan: 2 g, ahoz, dosi bakarra.

GIBaren profilaxiari dagokionez, infektologoekin batera egin behar da. Erasoia duela 72 ordu baino gutxiago gertatu denean hasi beharko da, sexu-harreman babesgabea izan ondoren, uzkiaren, baginaren edo ahoko sexuaren bidez, eiakulazioarekin edo odol-esposizioarekin, erasotzailea GIB positiboa denean edo ezezagun bat denean. Hemograma eta giltzurrun eta gibel funtzio basalen probak egin beharko dira. 28 egun iraungo du, eta zidobudina, amivudina (edo entricitabina) eta lopinavir/ritonavir erabiliko dira.

B hepatitis a kutsatzeko aukeraren aurrean, biktima txertatuta ez badago, honako hau emango zaio: HBIG + txertoa.

Pazientearen adinaren arabera, larrialdiko kontrazepzioa kontuan hartu beharko da, eta farmakoa desberdina izango da erasotik igarotako denboraren arabera:

- 72 ordu baino gutxiago: lebonorgestrela (1,5 mg dosi bakarra, ahoz).
- 72 ordutik 5 egun arte: ulipristal azetatoa (30 mg, dosi bakarra, ahoz).

11.2. ABUSUA SUFRITUTAKO UME BATEKIN ELKARRIZKETAREN ADIBIDEA

Irene Intebiren liburutik ateratako elkarrizketa baten adibidea:

“Transcribo a continuación un ejemplo de cómo conducir una entrevista. Elisa, una niña de 6 años proveniente de un medio socioeconómico bajo, está sentada en el piso armando conmigo un juego de encastre. Es la segunda vez que la traen a consulta.

Pediatra: ¿Te acordás que el otro día te conté quién soy yo? ¿Y de qué trabajo en este lugar?

Elisa: Sí. Vos sos la doctora, y me vas a revisar.

P: Pero antes de revisarte yo quería contarte algo. Acá vienen muchos chicos porque algunas personas las tratan mal, o les pegan; otros vienen porque les pasaron otras cosas. Los chicos no tienen la culpa de lo que les pasó. Pero, a veces, les da vergüenza o tienen miedo de contar. No saben qué hacer y se sienten mal. A vos, ¿te pasó alguna vez eso?

La nena baja la cabeza y sonrío avergonzada.

P: ¿Me querés contar?

E: Una vez Tito (su padrastro) ... Yo estaba durmiendo y me sacó la bombacha. (Se queda en silencio).

P: ¿Qué pasó?

E: Primero me acariciaba la cola y después me chupó la “cocinita” y me dijo que le chupara el pito.

P: ¿Qué es la “cocinita”?

E: Por donde sale el pis.

P: ¿Cuándo te pasó eso?

E: Cuando mi mamá se iba a dormir. Tito, a la noche, se pasaba a mi cama.

P: ¿Desde cuándo lo hacía?

E: Cuando era chiquita. Yo iba al jardín.

P: ¿Le contaste a tu mamá?

E: No, porque Tito me decía que si yo le contaba, él me iba a pegar, que era un secreto entre nosotros dos.

P: Entonces, ¿Cómo se enteró tu mamá?

E: Porque yo le conté a mi tía y ella se lo contó a mi mamá.

P: ¿Y qué pasó después?

E: Mi mamá se peleó con Tito. Le gritó y se pelearon los dos. Y después me trajo al hospital con mi tía.

P: ¿Dónde está Tito ahora?

E: En mi casa, porque mi mamá lo perdonó y el dijo que no lo va a hacer más. ¿Tenés más de los grandes? (Pide ladrillos más grandes para cambiar de tema).

El hecho de que la nena cambiara de tema está indicando que no quería seguir hablando del abuso. En estos casos, no se debe insistir en obtener detalles que, por otro lado, no agregarán nada nuevo ni influirán sobre la estrategia terapéutica. Pretender continuar el interrogatorio carece de sentido.”

(21)

11.3. ABUSUAK JASAN DITUZTEN UMEEN ETXEA

“Etxe arrunt bat, Reykjaviken, Islandiako hiriburuan. Bizi den pisuko egongelaren antzeko gela batean, sexu-abusuak jasan dituen haurra artatzen dute, polizia-etxe batera edo ospitale batera eraman beharrean. Umeen Etxea du izena, eta duela sei urtetik dabil martxan. Jostailuak, koloretako paretak, haurtzaroko lorategiko altzariak eta arkatzak dituen lekua da.

Haurrak edozein etxeren antzeko ingurunean galdetzen, esploratzen edo tratatzen dituzte. Modu horretan, dio haren Bragi Gudbrandssonek bultzatzaileak, Islandiako Umeen Babeserako Gobernu Agentziako zuzendari nagusiak, "Txikia behin bakarrik galdekatzen dute, baita auzitegiko elkarrizketetan aditua den batek ere. Jakina, ez dio inoiz bere ustezko erasotzaileari aurre egiten". Etxeak bi solairu eta balkoiak ditu. Goiko solairuan, gela txiki batean, haurra eta bereziki trebatutako psikologo edo gizarte langile bat esertzen dira. Elkarrizketatzaileak pinganillo bat darama belarrarian, eta, horrela, epaileak, poliziak, fiskalak, abokatuek eta akusatuak ere (telebista monitore baten bidez ikusten dute elkarrizketa, beheko pisuan) zalantzak eta auziak jakinaraz ditzakete. Profesionalak, sugestioa saihestu eta fidagarritasuna areagotzen

duten teknikak erabiliz, haurri planteatzen dizkio. Elkarrizketa ikertzaileek aztertzeko grabatzen da; zuzeneko konexioarekin ere egin daiteke, auzitegi batera joanda.

(...)

Pepa Hornok gogorarazi du bere sistema hori praktika onaren eredia dela. "Hemen komunitate batzuetan profesionalak joaten dira haurra artatzera", dio, "baina inoiz ez du epaitegiko langileak egiten".

(...)

Jasandako abusuen ikerketak, gehienetan, esperientzia mingarriak eragiten dizkie biktimei. Hori izan zen Haurren Etxea bultzatzeko arrazoia. "Adingabeei elkarrizketa errepikatuak egiten zizkieten, eta elkarrizketatzaile desberdinek egiten zizkieten, hainbat lekutan: gizarte zerbitzuetan, komisarian, ospitalean, epaitegian...", azaldu zuen Gudbrandssonek. Poliziaren, fiskaltzaren, medikuen eta gobernuko agintarien arteko lankidetzarik eza ere sumatu zen, bai eta arazoari diziplina arteko hurbilketarik ez egitea eta ikerketa-elkarrizketak gidatzen trebatutako langilerik ez izatea ere.

Elkarrizketa da hurrei egindako sexu-abusuen ikerketaren giltzarria; izan ere, kasuen %10ean soilik aurkitzen dira froga fisikoak, eta oso gutxitan gertatzen dira erasoak lekukoan aurrean, Islandiako Umeen Etxeko arduradunek aipatutako ikerketen arabera.

Gainera, etxea hurrei mediku azterketak egiteko erabiltzen da. Horrek ospitale batera joatea saihesten die. "Hainbeste erlaxatzen dira, azterketanestesiaren beharrik gabe egin ahal direla", dio arduradunak. Ginekologoek eta pediatrek bereziki apaindutako miaketa-gela bat erabiltzen dute hurrei ezaguna egiteko. Biktimari zer egingo dioten azaltzen diote, baita diagrama anatomikoekin ere. "Beraz, hodi optikoa sartu behar denean hankak irekitzen dituzte arazorik gabe. Anestesia ez da beharrezkoa, oso gutxitan izan ezik". Etxean ere biktimaren terapia hasten da lehenbailehen, eta familiari aholkuak ematen zaizkio.

Bi psikologok, gizarte-langile batek eta kriminologo batek osatzen dute plantilla, hain biztanle gutxi dituen herrialde baterako beharrezkoa dena (296.000 biztanle). Martxan daramatzen sei urte eta erdian 1.001 elkarrizketa egin dituzte, eta 157 mediku azterketa.

(...)

Islandiarrak hainbeste borrokatu zuen sistema ere eraginkorra da. Abusu kasuen herena deskubritzen da. Lehen, 10etik bakarra atzematen zen. Balkoien etxean, dio Bragik, kasuak askoz hobeto ikertzen dira.”

(37)