

## Protocolo para derivación en caso de Sospecha de Abuso Sexual

El abuso sexual a niños, niñas y adolescentes es un tipo de maltrato que se da en todas las sociedades, culturas y niveles educativos, económicos y sociales.

El maltrato infantil —físico, psicológico o abuso sexual— es toda acción u omisión que produzca o pueda producir un daño que amenace o altere el desarrollo normal de niños, niñas o de adolescentes, y es considerado una grave vulneración de sus derechos.

Para efectos de este protocolo, se entenderá como abuso sexual infantil al involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no acordes a su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad.

El abuso sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal.

Específicamente, las actividades sexuales involucradas en el abuso sexual infantil pueden consistir en

:

- **Contacto físico sexual** en forma de penetración vaginal, oral o anal, utilizando para ello cualquier parte del cuerpo del abusador, algún objeto o animal.
- El **tocamiento** intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño, niña o adolescente.
- Alentar, forzar o permitir al niño, niña o adolescente que **toque de manera inapropiada** las mismas partes del perpetrador.
- **Exponer los órganos sexuales** a un niño, niña o adolescente con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.
- **Realizar el acto sexual intencionadamente** en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.
- **Auto-masturbación** en la presencia de un niño, niña o adolescente.
- Forzar a la **pornografía**.

El abuso sexual infantil ocurre como parte de un proceso en el que una persona, al menos 3 años mayor, ejerce poder sobre un niño o niña menor de 14 años, de manera asimétrica, mediante manipulación psicológica, chantaje, engaño, fuerza o basándose en un vínculo de dependencia.

## **Factores del niño/niña o adolescente**

Consistentemente se ha demostrado que las niñas poseen entre dos y tres veces mayor riesgo de abuso sexual que los niños. Algunas teorías explican este hecho porque los abusadores sexuales son mayoritariamente hombres heterosexuales. Esta relación podría entenderse también al considerar que existe un sub-reporte del abuso infantil en niños.

Algunos reportes señalan que la edad de mayor riesgo corresponde a la adolescencia inicial, especialmente entre los 12 y 13 años, período en el cual, el/la adolescente presenta algún grado de desarrollo de caracteres sexuales físicos.

Otro grupo de riesgo lo constituyen los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, particularmente aquellos con discapacidad intelectual, pues presentan mayor sumisión y dependencia a los cuidadores, mayor confianza a desconocidos, menor discriminación de conductas abusivas y carencia de educación sexual.

Otros elementos importantes de riesgo son: antecedentes de abuso sexual o maltrato físico previo, desamparo afectivo producido por el rechazo o ausencia de los padres o, bien, todo factor que anule al niño, niña o adolescente como sujeto de derecho.

## **Factores familiares**

Las prácticas de crianza que se traducen en desamparo afectivo del niño, niña o adolescentes, tales como padres ausentes, madre con problemas de salud o discapacitada, relaciones conflictivas, uso de castigo físico y violencia intrafamiliar, constituyen factores de riesgo de abuso sexual. Concordante con lo anterior, algunos estudios observacionales señalan que los niños, niñas o adolescentes de hogares monoparentales, así como aquellos con presencia de un padrastro en el hogar, presentan mayor riesgo de abuso.

Las madres con antecedentes de haber sido abusadas (con presunción de baja autoestima) evidencian menor probabilidad de identificar a posibles abusadores de sus hijos e hijas, convirtiéndose en un factor de riesgo.

## **Factores socioeconómicos**

La pobreza, promiscuidad, aislamiento social, desprotección emocional, así como toda situación que produzca un ánimo depresivo bajo determinados modelos conceptuales, pueden significar mayor vulnerabilidad.

## **Síntomas:**

- Los síntomas del abuso sexual de niños son similares a los síntomas que se observan en la depresión o en la ansiedad severa y el nerviosismo, y pueden abarcar los siguientes:
- Trastornos intestinales, como encopresis o constipación.
- Trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa
- Síntomas rectales o genitales, como dolor con la micción o las deposiciones, prurito o secreción vaginal
- Cefalea recurrente
- Trastornos del sueño
- Dolor abdominal persistente o recurrente (dolencia vaga)
- Mostrar comportamientos perturbadores, tales como consumir alcohol y drogas psicoactivas o involucrarse en comportamientos sexuales de alto riesgo.
- Tener un rendimiento escolar deficiente (cambio en relación con su historia escolar)
- Tener miedos excesivos
- Apartarse de las actividades normales
- Conductas hipersexualizadas en niños pequeños.

## **b) Manifestaciones físicas del abuso sexual**

Los signos físicos muchas veces no se encuentran presentes, en especial bajo las formas de abuso como voyerismo, exhibicionismo, exposición o participación en pornografía y toqueteos. Los signos físicos pueden estar ausentes, incluso cuando el perpetrador reconoce haber realizado penetración. Algunos estudios señalan que la objetivación del daño físico se logra en tan sólo cerca del 5% de los casos.

Dentro de los síntomas y signos específicos se señalan las lesiones genitales. Los posibles diagnósticos diferenciales, como el traumatismo a horcajadas en niñas y el traumatismo accidental por el cierre de pantalones o por caída del asiento del inodoro en los niños, generalmente se acompañan de una historia clara. Las lesiones por traumatismos accidentales son visibles externamente. En el examen subsiguiente de las lesiones genitales, dado el número de variantes anatómicas normales, eventuales malformaciones congénitas y la presencia de otras condiciones médicas, resulta necesario poseer habilidades, conocimientos y entrenamiento especial en anatomía genital, principalmente de la vulva y el himen.

Las infecciones de transmisión sexual en niños, niñas y adolescentes pre-púberes son altamente sugerentes de abuso sexual, y de carácter patognomónico en los casos de gonorrea y sífilis. La gonorrea se puede manifestar tanto en los genitales como en el recto y en la boca. Otras infecciones sugerentes son infecciones genitales por Virus Herpes Simple,

Clamidia Trachomatis, Trichomoniasis, Condiloma, Escabiosis, Pediculosis y Gardenella Vaginalis.

Otros diagnósticos diferenciales de los hallazgos físicos, aparte de los traumatismos ya mencionados, pueden ser: infecciones por Hemofilus Inmfluenzae y Cándida Albicans, malformaciones congénitas como hidrometrocolpos y hemangiomas, cuerpos extraños rectales y vaginales, patologías dermatológicas (dermatitis de contacto, liquen esclero atrófico) y el prolapso uretral en niñas.

Una de las posibles causas de embarazos en adolescentes es el abuso sexual. De acuerdo al Código Penal chileno toda relación sexual con un/a menor de 14 años es delito.

Una excepción a esta regla se consagra en la ley 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal. Dicha ley señala en su artículo 4º que no existe delito cuando la diferencia de edad entre dos adolescentes que mantienen relaciones sexuales es menor a dos años. Por lo tanto, no existirá delito cuando existe esa diferencia de edad entre la adolescente embarazada y el padre del niño/a que está por nacer.

#### **Examen Físico:**

Se debe registrar en la ficha clínica el examen físico completo, detallando hallazgos encontrados.

En lo posible dejar constancia fotográfica de las lesiones encontradas.

Tomar biología molecular de cavidades oral, vaginal y/o rectal según relato (si existe).

Solicitar radiografías segmentarias si la clínica lo amerita.

#### **Examen físico**

Respecto a la exploración física, la AAP (Asociación Americana de Pediatría) señala que el examen debe ser realizado evitando generar daños físicos o emocionales adicionales como la victimización secundaria.

De igual forma, se recomienda explicar al niño, niña o adolescente el procedimiento, previamente a su realización.

La AAP indica que la exploración física y el registro de evidencia deben ser realizados de manera inmediata en todo caso que existan lesiones agudas presentes o, bien, si la perpetración del abuso ocurrió dentro de las 72 horas previas. De no ser así, se sugiere postergar el examen a la instancia más próxima acordada, en la cual se cuente con un equipo entrenado en estos procedimientos. Numerosas revisiones del tema señalan la conveniencia del registro exacto de las lesiones, ya sea mediante diagramas detallados o fotografías.

En ciertos casos, la AAP recomienda sedar o utilizar anestesia general en el niño, niña o adolescente, como, por ejemplo, en aquellos en que exista resistencia a cooperar con el

examen, cuando presenta alguna lesión aguda que debe ser explorada o, bien, cuando sea necesaria la exploración digital de la vagina o utilización de espéculo en niñas prepúberes (por ejemplo, ante sospecha de cuerpo extraño) (19). El tacto rectal es señalado como un elemento no necesario en la valoración del abuso sexual (19).

### **Tabla Nº 3**

#### **Trastornos de conducta específicos de abuso sexual**

##### **Signos y síntomas específicos de abuso sexual**

- ◆ Relato de abuso sexual
- ◆ Conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto
- ◆ Masturbación compulsiva
- ◆ Curiosidad sexual exagerada
- ◆ Lesiones o evidencias de abuso en el área genital
- ◆ Fisuras y laceraciones rectales
- ◆ Infecciones de transmisión sexual
- ◆ Embarazo

##### **Trastornos de conducta inespecíficos Signos y síntomas inespecíficos**

- ◆ Miedos excesivos, fobias
- ◆ Temor a dormir solo, temores nocturnos
- ◆ Fugas
- ◆ Comportamiento agresivo
- ◆ Intento de autoeliminación
- ◆ Cualquier cambio brusco de conducta
- ◆ Anorexia, bulimia
- ◆ Aislamiento
- ◆ Sentimientos de culpa
- ◆ Síntomas depresivos
- ◆ Síntomas ansiosos
- ◆ Comportamientos regresivos
- ◆ Dolor abdominal
- ◆ Enuresis
- ◆ Disuria
- ◆ Encopresis
- ◆ Flujo vaginal
- ◆ Supuración uretral
- ◆ Dolor rectal

**Ante una revelación espontánea del niño, niña o adolescente:**

- a. Escuchar y acoger el relato.
- b. No poner en duda el relato.
- c. No culpabilizar al niño, niña o adolescente del abuso.
- d. Evaluar el riesgo.
- e. Decidir medidas de protección del niño, niña o adolescente (discusión de equipo).
- f. Realizar intervención con el adulto o familiar acompañante.
- g. Plantear al niño, niña o adolescente la necesidad de tomar medidas para que el abuso se detenga.
- h. Valorar la decisión de contar lo que le está sucediendo.
- i. Preparar al niño, niña o adolescente para las próximas decisiones: denuncia, evaluación, tratamiento.

**Ante una revelación espontánea de un adulto:**

- a. Escuchar y acoger el relato.
- b. Contener y realizar intervención familiar.
- c. Identificar al adulto protector.
- d. Evaluar el riesgo para el niño, niña o adolescente.
- e. Evaluar la necesidad de implementar o solicitar medidas de protección inmediatas y/o inminente denuncia.
- f. Realizar intervención con el niño, niña o adolescente: apertura del relato del adulto de acuerdo a su desarrollo, examen físico, preparación sobre próximas decisiones.

## I. DERIVACIÓN DESDE APS

La derivación se realizará mediante Interconsulta, previa denuncia realizada por quien sospecha Abuso sexual (profesional responsable), para realizar exámenes y evaluaciones pertinentes y será regresado a APS con Informe Seguimiento Sospecha Abuso Sexual (Anexo III) para seguimiento posterior, principalmente por equipo de Salud Mental de su Consultorio de origen.

Ante este Flujograma se realiza Reunión con la Fiscal Adjunto, abogada Patricia Varas, de la Fiscalía Centro Norte llegando a los siguientes criterios para nuestro proceder.

Podemos definir tres tipos de Abuso Sexual que podemos encontrarnos mayoritariamente:

- Menor de edad víctima de actividad sexual no consentida (Abuso Sexual o Violación).
- Adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años víctimas de estupro.
- Adolescente menor de 14 años con relaciones sexuales consentidas y con consentimiento familiar.

Para el tercer caso, se acordó:

- Se dará plazo de una semana para que la familia se haga cargo de realizar la denuncia pertinente. Como comprobante debe traer el papel y folio correspondiente a la denuncia. Se acuerda con la fiscal que se tomará contacto con ella para chequear que los hechos contenidos en la denuncia se correspondan a lo relatado o pesquisado en CESFAM.
- Fiscal apoya el hecho de que sea la familia quien denuncia, como primera opción dado que cuando no es así, se niegan a realizar diligencias necesarias en el proceso de investigación bajo la excusa que ellos no son parte en el proceso (si son los denunciados están obligados a cooperar)
- Fiscal comparte la premisa de que nuestra principal preocupación como prestadores de salud es el bien superior del niño y los criterios de beneficio clínico.
- Se conviene que estos acuerdos son viables y aceptables SOLO en casos en donde no exista un abuso grave y real (incesto, niños en situación real de vulnerabilidad). Por ejemplo, embarazada de 13 años con pololo de 19 y con consentimiento familiar.
- Casos de estupro, solo se derivan de existir sospecha real de estupro, es decir, no basta sólo criterio de diferencia de edad, es requisito la presencia de dolo y/o engaño.

La reunión se llevó a cabo el día 2 de junio en dependencia de Fiscalía Centro Norte (Centro de Justicia) de 13:15 a 15:00 horas.

El Código Procesal Penal en su artículo 175 establece que están obligados a denunciar:

(d) Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en cadáveres señales de envenenamiento o de otro delito.

Ley N° 19968 crea los tribunales de Familia, plantea, además, que será este tribunal el que abordará los hechos en los cuáles aparezcan vulnerados los derechos de niños, niñas, así como también las causas relativas a abuso sexual infantil, no constitutivo de delito.

Si el profesional que toma conocimiento del delito y si no se denuncia en los plazos estimados, se comete una falta penada por la ley.

Flujograma Centro de Salud Recoleta

