

GUÍA CLÍNICA

Atención de Niños, Niñas
y Adolescentes Menores de 15 Años,
Víctimas de

ABUSO SEXUAL



GUÍA CLÍNICA

Atención de Niños, Niñas
y Adolescentes Menores de 15 Años,
Víctimas de

ABUSO SEXUAL



GUÍA CLÍNICA
Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años,
Víctimas de Abuso Sexual

© Ministerio de Salud de Chile

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Todos los derechos reservados.
Este material puede ser reproducido total o parcialmente
para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

Registro de Propiedad Intelectual: 978-956-8823-97-9
ISBN: 978-92-806-4595-8

Edición: Carolina Silva Gallinato
Diseño: Mónica Widoycovich
Impresión: Andros Impresores

Santiago, mayo de 2011

Esta publicación está disponible en www.minsal.cl y www.unicef.cl



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
FLUJOGRAMA	7
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Descripción del problema de salud	9
1.2. Epidemiología del abuso sexual infantil	12
1.3. Factores de riesgo	14
1.4. Consecuencias de la situación de abuso sexual	15
1.5. Perspectiva de género	18
1.6. Prevención primaria	20
2. ALCANCE DE LA GUÍA	
2.1. Pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	21
2.2. Usuarios a los que está dirigida la guía	21
2.3. Declaración de intención	21
3. OBJETIVOS	23
4. RECOMENDACIONES	
4.1. Preguntas clínicas abordadas en la guía	25
4.2. Detección: sospecha y reconocimiento	26
4.2.1. Sospecha por indicadores clínicos de abuso en la atención en salud	26
4.2.2. Reconocimiento del abuso sexual	27
4.2.3. Evaluación clínica de la existencia de abuso	32
4.2.4. Valoración del riesgo y necesidad de protección del niño, niña o adolescente abusado/a	33

5. PRIMERA RESPUESTA	35
5.1. Primera respuesta en la atención en salud	35
5.2. Intervención con el adulto responsable y la familia	38
5.3. Cómo realizar la denuncia	39
5.4. Otras acciones importantes	40
6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	43
6.1. Objetivos	44
6.2. Tipos de intervenciones recomendadas	44
7. SEGUIMIENTO	49
8. DESARROLLO DE LA GUÍA	
8.1. Grupo de trabajo	51
8.2. Declaración de conflictos de interés	55
8.3. Revisión sistemática de la literatura	55
8.4. Formulación de las recomendaciones	55
8.5. Vigencia y actualización	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	
A. Niveles de evidencia y grados de recomendación	61
B. Minuta sobre aspectos legales	62
C. Tabla de sugerencias para la toma de decisiones	66
D. Manifestaciones de la sexualidad infantil	67
E. Indicadores de <i>screening</i> para apoyar el examen físico	69



PRESENTACIÓN

El abuso sexual es, sin duda, un hecho significativo, no sólo por la magnitud del problema y por el impacto que provoca en el sistema de salud sino, también y sobre todo, por el sufrimiento que causa a las víctimas que viven esta situación.

Cada día emerge con más fuerza y se devela con más crudeza; el abuso sexual es un dramático problema social y de salud, que tiene devastadoras consecuencias en el cuerpo y el alma de niños, niñas y adolescentes, que son víctimas de agresiones de este tipo.

La comunidad internacional ha abordado este flagelo, que vulnera gravemente los derechos humanos fundamentales, a través de distintas convenciones, que el Estado de Chile ha ratificado, comprometiendo acciones concretas.

Estudios realizados en diversas partes del mundo proporcionan información consistente respecto de las cifras observadas, así como de las intervenciones indicadas para el abordaje de la población afectada por abuso sexual.

En Chile, aunque los estudios son escasos, la situación es preocupante y no muy distinta a la de otros países: existiría un porcentaje oculto de víctimas no denunciado.

Es en este contexto, más la evidencia legal disponible y el declarado interés del gobierno del Presidente Sebastián Piñera por resguardar en forma integral la salud de los niños, adolescentes y jóvenes del país, que se propuso adoptar en el sistema de salud una actitud proactiva para detectar y abordar tan grave problema, promoviendo una precoz pesquisa, así como una temprana intervención, tratando de paliar de esta forma las graves secuelas del abuso en la salud de los niños, niñas y adolescentes que lo sufren.

El Ministerio de Salud, recogiendo la magnitud y las consecuencias del problema, y asumiendo la capacidad de coordinación intersectorial de sus equipos, como la responsabilidad de la atención integral, realizó un estudio con la evidencia disponible y convocó a un grupo de expertos nacionales e internacionales para la elaboración del documento que aquí se presenta.

Esta publicación, que cuenta con el apoyo técnico y auspicio de UNICEF, busca responder los requerimientos de los equipos de la atención primaria, ofreciéndoles información y herramientas para ejercer mejor su labor. Así, en las páginas siguientes encontrarán claves que les permitirán tanto mejorar su capacidad de detección de las situaciones de abuso, como el modo de enfrentarlas adecuadamente a nivel de las prestaciones de los programas de salud infantil, de adolescencia y juventud.

La atención de salud —ya sea en controles habituales, consulta por morbilidad, regulación de fecundidad u otros— es un espacio privilegiado para la detección precoz del abuso sexual, lo que facilita la intervención temprana y evita consecuencias aún más graves en la salud y el desarrollo psicosocial de las víctimas.

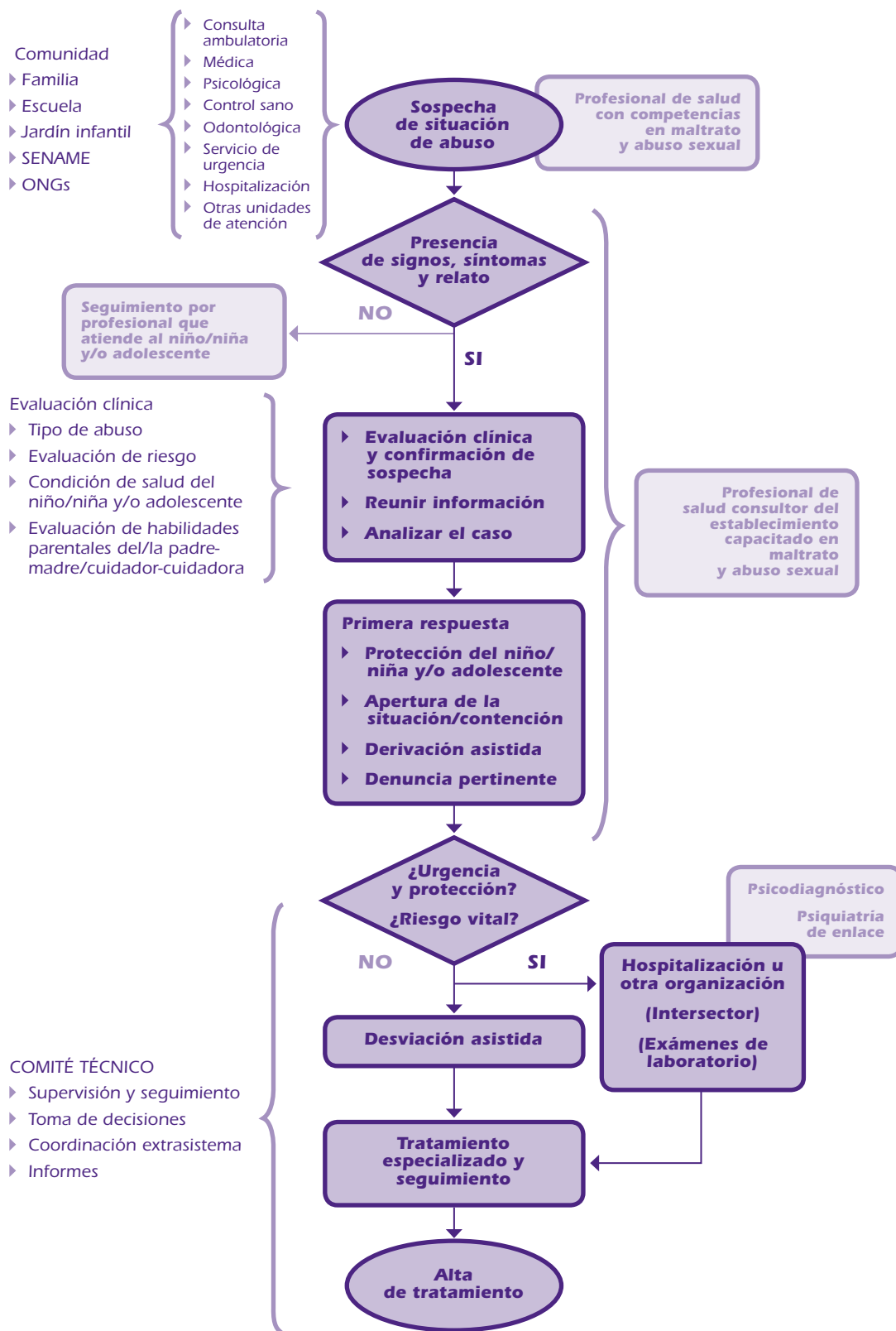
Agradecemos el aporte realizado por connotados profesionales y UNICEF para llevar a buen término este proyecto. Su generosa entrega nos permite hoy poner a disposición de todos los equipos de atención primaria del país este documento que orientará su acción en beneficio de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país.

Dr. Jaime Mañalich Muxi
Ministro de Salud de Chile



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS,
EN SITUACIÓN DE ABUSO SEXUAL





1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema de salud

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 (1). 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 (1).

Para efectos de esta guía clínica, 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 (5, 11, 12):

- ◆ 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.

De igual forma, se incluyen los diversos tipos de **explotación sexual comercial infantil**, entendida esta como “todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño/a o adolescente para sacar ventaja o provecho de carácter sexual y/o económico basándose en una relación de poder, considerándose explotador, tanto aquel que intermedia u ofrece la posibilidad de la relación a un tercero, como al que mantiene la misma con el niño, niña o adolescente, no importando si la relación es frecuente, ocasional o permanente”. (*Marco para la acción contra la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes*. Ministerio de Justicia, Chile, 2000). En este tipo de abuso se distinguen la utilización de niños, niñas o adolescentes en pornografía infantil, el tráfico sexual infantil y el turismo sexual infantil.

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 (2).

En una proporción menor de los casos, el abuso es ejercido por un niño, niña o adolescente menor de 15 años. Según datos de la Fiscalía Nacional, de un total de 17.766 delitos sexuales ingresados durante el año 2010, 1.016 fueron cometidos por personas que tienen entre 14 y 18 años, lo que representa alrededor de un 6% del total de delitos sexuales a nivel país (10).

La **Clasificación Internacional de Enfermedades** de la **Organización Mundial de la Salud**, en su décima versión (4), actualmente en uso, define la agresión y abuso sexual como causa externa de enfermedades y muerte en dos de sus capítulos:

- ◆ Capítulo XIX: “Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas” (S00-T98)
 - En él se describen:
 - ▶ Síndromes de maltrato (T74)
 - ▶ Abuso sexual (T74.2)
 - ▶ Formas mixtas (T74.8)

◆ Capítulo XX: “Causas externas de morbilidad y mortalidad”

En él se definen las agresiones como: “Homicidio o lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio” (X85 – Y09). Entre las agresiones están:

- ▶ Agresión sexual con fuerza corporal (Y05)
- ▶ Otros síndromes de maltrato: incluye abuso físico, sexual, crueldad mental y tortura por padres, conocidos u otras personas (Y07.0)

Las **dimensiones involucradas en el concepto de abuso sexual infantil** son las siguientes:

Derechos Humanos: el abuso sexual afecta la dignidad humana y constituye una vulneración grave de los derechos reconocidos en nuestra Constitución Política y en numerosos tratados y otros instrumentos de Derechos Humanos suscritos por el Estado de Chile, principalmente en la Convención sobre los Derechos del Niño (4).

Dimensión ética: el abuso sexual implica un ejercicio abusivo del poder. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la edad determina una condición de indefensión física y psicológica, siendo ésta última mayor cuando existe un vínculo afectivo con el/la agresor/a, particularmente cuando esta persona es la encargada de su cuidado. Un adulto está siempre en una posición de poder o superioridad en la relación con un niño, niña o adolescente, por su tamaño, fuerza física, experiencia, recursos económicos y cognitivos, entre otros; el abuso sexual utiliza este poder para involucrar a la víctima en actividades sexuales, privándole de la oportunidad de experimentar voluntariamente, en un contexto afectivo y sin violencia, y a su propio ritmo evolutivo.

Dimensión sociocultural: es importante considerar que existen factores relacionados con la familia, la cultura y la sociedad que, al reproducir la desigualdad de poder entre adultos, niños, niñas y adolescentes, favorecen la ocurrencia del abuso sexual infantil. Estos factores además condicionan a que se ponga en duda la veracidad del relato de los niños, niñas y adolescentes cuando develan una situación de abuso, sobre todo cuando el relato de la víctima entra en contradicción con el relato de un adulto que lo niega (12).

Un aspecto específico de la dimensión sociocultural son los **estereotipos y relaciones de género**. El enfoque de género permite analizar las diferentes situaciones de niños, niñas y adolescentes a la luz de las expectativas, roles y comportamientos que les son socialmente atribuidos en función de su sexo, reconociendo así las oportunidades y/o dificultades particulares que dichas atribuciones generan a unos y a otras (2, 5). Estas diferencias deben ser consideradas en la **prevención, detección y atención especializada** de quienes han sufrido abuso sexual, identificando los sesgos y estereotipos de género que favorecen la reproducción de patrones de conducta violenta, los que alteran el desarrollo integral de niños y adolescentes de ambos sexos (5).

La evidencia muestra que la gran mayoría de los agresores sexuales son hombres, mientras que la gran mayoría de las víctimas son mujeres; esto permite afirmar que el abuso sexual se da en el marco de la socialización de género (2, 5, 7). Por ello, es imprescindible considerar el enfoque de género en el abordaje del abuso sexual infantil, ya que aún hoy, en una sociedad predominantemente patriarcal —a pesar de que se ha iniciado un lento proceso de cambio—, el hombre (padre, padrastro, abuelo, amigo) es reconocido como una figura que tiene el privilegio de posesión, no sólo de las mujeres, sino que también de los niños, niñas y adolescentes, particularmente al interior del hogar.

Dimensión psicológica: el abuso sexual, por ser una forma grave de maltrato, altera el desarrollo biopsicosocial actual y futuro de un niño, niña o adolescente que ha sido víctima. Es además un factor importante de riesgo para su salud mental en la edad adulta, pudiendo generar o producir, entre otros, cuadros de depresión, trastornos de estrés postraumático, trastornos de personalidad y disfunciones sexuales.

Dimensión biológica: el abuso sexual puede implicar lesiones físicas detectables en forma inmediata y otras a largo plazo, principalmente problemas de salud sexual y reproductiva, tales como infecciones de transmisión sexual, ruptura anal, daños en el aparato reproductivo, por mencionar algunas. Cuando la víctima es una mujer, como consecuencia del abuso, puede producirse un embarazo no planificado ni deseado, afectando su proyecto de vida.

Dimensión legal: el abuso sexual infantil está tipificado como delito en el Código Penal chileno, por vulnerar los bienes jurídicos de la “indemnidad sexual” para las personas menores de 14 años y “libertad sexual” para las personas mayores de esa edad. Esta dimensión está contemplada en la ley 19.927 del Código Penal.

1.2. Epidemiología del abuso sexual infantil

Numerosos **estudios de prevalencia** de abuso sexual infantil se han realizado en el mundo con resultados muy diversos, que podrían explicarse por la metodología empleada (definición de abuso sexual, muestra, etc.). Existen dos importantes meta-análisis de prevalencia a nivel mundial: un estudio del año 1994 (análisis de 21 investigaciones), que encontró una prevalencia de entre 7% y 36% en mujeres y entre 3 y 29% en hombres (6). El otro estudio, de 1997 (revisión de 15 investigaciones), encontró una prevalencia de 22,3% para mujeres y 8,5 % para hombres (7). En la mayoría de los estudios, la edad media en la que se inicia el abuso son los 10 años (6).

En Chile los estudios de prevalencia presentan resultados dispares, con porcentajes que van entre 5 y 11% de la población total. También difieren en relación a la proporción de niños y niñas abusadas. Un estudio realizado en Temuco con estudiantes de enseñanza media, muestra una prevalencia del antecedente de abuso sexual de 5%, con un 80% de los

casos presentados en mujeres (8). Otro estudio en estudiantes de 10 a 19 años encontró una prevalencia de 9,3%, de 14,4% en las niñas y de 2,1% en los niños (8). Un último estudio en alumnos de tercero medio determinó una prevalencia de 8,79% de abuso sexual intrafamiliar y de 2,75% de abuso sexual extrafamiliar; la prevalencia por sexo fue de 8,98% en los niños y 13,46% en las niñas (9), lo que se traduce en que la razón por sexo es de 1,5 niñas por cada niño.

En Chile, las **denuncias** por delitos sexuales han ido creciendo paulatinamente desde la instauración de la reforma procesal penal en todo el país. Según estadísticas de la Fiscalía Nacional, durante el período 2000-2010 se registraron un total de 112.109 delitos sexuales, de los cuales, 83.015 corresponden al período 2006-2010, es decir, un 74% de los delitos registrados de los últimos diez años ingresaron en los últimos cuatro años, o sea, post reforma (10).

De las 8.003 denuncias y detenciones registradas por Carabineros de Chile el año 2009, 6.806 corresponden a delitos donde las víctimas son mujeres y 1.197 donde son hombres. Por otro lado, 4.600 de las víctimas, es decir, cerca del 57%, fueron menores de 18 años de edad; el tramo de edad donde se concentra casi el 40% de las víctimas corresponde a menores de 14 años (Sistema AUPOL, 2010, Carabineros de Chile). Asimismo, para el año señalado se registra una tasa de 79,6 mujeres y 14,3 hombres víctimas por cada 100 mil habitantes.

Si bien, se observa una tendencia al aumento en el número de denuncias a lo largo de los años, la información disponible demuestra que la prevalencia no varía, lo cual puede ser explicado por la mayor visibilidad en la agenda pública de este tipo de problemas, por el impacto de los programas de denuncia social, los cambios en la legislación, la puesta en marcha de la reforma procesal penal y/o el impacto que ha provocado en nuestro país la ratificación de las distintas convenciones internacionales y su incorporación a la legislación nacional.

A junio de 2010, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) registró un total de 6.194 casos de abuso sexual; de los cuales, 4.653 fueron mujeres las víctimas (75%). Los tramos de edad con mayor registro se encuentran entre los 6 y 11 años de edad, en donde se concentró alrededor del 35% de los casos ingresados (Boletín Estadístico, SENAME, 2010).

Si bien el abuso sexual es ejercido, tanto en contra de hombres, como de mujeres, la evidencia señala que son muchas más las mujeres que son víctimas de situaciones de abuso sexual, siendo los agresores predominantemente hombres. No existe un “perfil” único de agresor sexual, pero la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por familiares o conocidos (12). De acuerdo a las estadísticas del Ministerio Público, de un total de 17.766 delitos ingresados a la fiscalía el año 2010, en 11.101 casos el imputado era conocido (63%) y en 6.664 casos no lo era (10).

Un estudio realizado en un hospital pediátrico de la Región Metropolitana encontró que el 66% de los casos de abuso sexual infantil registrados habían sido ejercidos por un familiar (13), lo que coincide con otro estudio, de origen español, que revela que en el 38% de los casos los agresores son figuras paternas, en un 29% miembros de la familia extensa y en un 18% conocidos de la víctima (14).

En un estudio sobre detección y análisis de la prevalencia intrafamiliar de violencia sexual antes de los 15 años (en mujeres de entre 15 y 45 años de la Región Metropolitana y IX Región), frente a la pregunta: “¿Recuerda que alguien de la familia la tocó alguna vez sexualmente o le hizo hacer algo sexual en contra de su voluntad?” Un 10,9% y 11% de las mujeres de la RM y de la IX Región, respectivamente, contestan de forma afirmativa (15).

El abuso sexual infantil es un fenómeno complejo y su abordaje implica considerar un conjunto de variables. La atención integral —reparatoria y rehabilitadora— de los niños, niñas o adolescentes, menores de 15 años que han sufrido abuso sexual, requiere de una amplia oferta de distintos tipos de prestaciones que involucran a la red asistencial en su conjunto: desde la detección y primera respuesta en los servicios de urgencia y establecimientos de atención primaria, hasta tratamientos realizados por equipos especializados de ginecología y salud mental.

Para los equipos de salud es un desafío anteponer el interés superior del niño, niña o adolescente que ha sido víctima de abuso sexual, a sus propias vivencias, creencias y valores. Asimismo, deben tener presente que la atención adecuada a las víctimas involucra siempre un trato respetuoso que impida la revictimización y, con ello, aumentar el daño.

1.3. Factores de riesgo

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 (16, 17). 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 (16).

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 (16).

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 (17).

Otros elementos importantes de riesgo son: antecedentes de abuso sexual o maltrato físico previo (16), 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 (17).

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 (8, 9). 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 (16).

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 (16, 18).

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 (17).

1.4. Consecuencias de la situación de abuso sexual

La variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de abuso sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas. De esta forma, la sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología sólo en el largo plazo (20).

Las consecuencias dependerán, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto/a el niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la pesquisa temprana, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas (18). El sexo y edad del agresor/a no presenta relación con la severidad de las consecuencias en los niños, niñas o adolescentes (18, 21, 22).

Existen pocos estudios prospectivos, o de casos y controles, que intenten establecer una relación a largo plazo entre el abuso sexual infantil y otros trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, algunas de estas evidencias señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta

síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o Síndrome de Stress Postraumático, es cerca de tres veces mayor en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada OR: 3,0 [IC95% 1,4-6,1] para síntomas Depresivos; OR: 3,0 [IC95% 1,5-6,1] para síntomas ansiosos; OR: 3,2 [IC95%1,6-6,5] para abuso de alcohol; OR: 3,4 [IC95% 2,9-4,0] para intento de suicidio; y OR: 2,34 [IC95% 1,5-3,7] para Síndrome Stress Postraumático (21, 22).

Los factores asociados a un peor pronóstico corresponden a: abuso con violencia, formas “intrusivas” de abuso (penetración), cronicidad de abuso y cercanía del perpetrador (20).

En las tablas 1 y 2 se señalan las principales consecuencias (y manifestaciones) del abuso sexual a corto y largo plazo.

TABLA N° 1

CONSECUENCIAS FÍSICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ADAPTADO DE 6, 18, 23)	
Manifestaciones agudas y en el período inicial de una agresión	Consecuencias a largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lesiones anales o vaginales ◆ Embarazo no deseado ◆ Infecciones de transmisión sexual: gonorrea, clamidia, tricomoniasis, sífilis, VIH / SIDA y hepatitis B, así como, cuadros clínicos de vulvitis, vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis bacteriana, verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano, infertilidad, embarazo ectópico 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos (N80 – N98), anorgasmia, vaginismo, dispareunia, dolores pélvicos crónicos, menopausia temprana. ◆ Incontinencia anal o vesical

TABLA N° 2

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA SALUD MENTAL (ADAPTADO DE 18, 23, 6)	
Enfermedades o síndromes CIE 10	Síntomas aislados
CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Reacción de estrés agudo (F43.0) ◆ Trastorno de estrés postraumático (F43.1) ◆ Crisis de pánico (F41.0) ◆ Episodio depresivo (F32) ◆ Trastornos emocionales de comienzo en la infancia (F93): ansiedad de separación, fobias ◆ Trastornos de sueño (F51): terrores nocturnos, pesadillas, insomnio ◆ Trastornos de la ingestión de alimentos (F50): anorexia, bulimia, obesidad ◆ Otros trastornos disociativos (F44.82) ◆ Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y orientación sexual (F66) ◆ Trastorno oposicionista desafiante (F91.3) ◆ Pérdida del control de esfínteres: enuresis (F98.0) y encopresis (F98.1) no orgánicas 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intentos de suicidio o ideas suicidas ◆ Desmotivación ◆ Baja autoestima ◆ Sentimientos de culpa ◆ Conducta hiperactiva ◆ Dificultades de atención y concentración ◆ Trastornos del aprendizaje ◆ Alteración del funcionamiento cognitivo y rendimiento académico, repitencias escolares ◆ Aislamiento social, menos amigos ◆ Hostilidad, agresividad, rabia ◆ Rechazo a figuras adultas ◆ Hostilidad hacia el agresor ◆ Temor al agresor ◆ Fugas del hogar ◆ Deserción escolar ◆ Interés excesivo por juegos sexuales ◆ Conducta sexualizada que no corresponde a la edad ni etapa evolutiva
CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trastorno depresivo recurrente (F33) ◆ Trastornos de ansiedad (F40 – F42) ◆ Trastornos por estrés postraumático (F431) ◆ Disfunciones sexuales (F52) ◆ Trastornos de personalidad y comportamiento en adultos (F60 – F69) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Explotación sexual comercial ◆ Baja autoestima ◆ Estigmatización ◆ Conductas de riesgo, ausencia de autoprotección ◆ Ideas suicidas e intentos de suicidio ◆ Fracaso escolar ◆ Abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ◆ Conductas delictuales ◆ Relaciones familiares conflictivas ◆ Negligencia en obligaciones ◆ Aislamiento social, menos interacciones sociales, baja participación en actividades comunitarias ◆ Dificultad en las relaciones de pareja, elevado índice de ansiedad social, estilo parental permisivo, percepción negativa de sí misma/o como madre o padre, uso de castigo físico ante conflicto con sus hijos/as ◆ Revictimización ◆ Transmisión intergeneracional

1.5. Perspectiva de género

El enfoque de género es una herramienta de análisis que permite visualizar la situación de niños, niñas y adolescentes, a la luz de las expectativas, roles y comportamientos que son socialmente atribuidos en función de su sexo, a partir de lo cual, se puede desnaturalizar y reflexionar en torno a las oportunidades y/o dificultades que dichas atribuciones generan (24).

Los principales hallazgos se vinculan al develamiento de prejuicios y estereotipos de género que se encuentran presentes en las situaciones de abuso sexual que afectan a niños, niñas y adolescentes, los cuales operan en distintos niveles, a partir de diversos actores involucrados; desde las familias de las víctimas hasta las instancias encargadas de detectarlas y tratarlas, como de aquellas encargadas de la protección (24).

Prejuicios y estereotipos de género asociados al abuso sexual (24):

- ◆ Existe la creencia que es necesario dar más credibilidad al relato de abuso de los niños, que al de las niñas, bajo el supuesto de que esta situación es más traumática en ellos, por generar sospechas sobre su identidad sexual. Esto puede restar importancia o invisibilizar el abuso hacia las niñas.
- ◆ Frente al abuso o violación de un niño u hombre adolescente, existe el prejuicio-temor en las familias de que éste, como consecuencia, pueda adquirir una preferencia sexual homosexual. En cambio, en el caso de una niña o mujer adolescente, los principales temores se relacionan con que lleve una vida futura promiscua o que, en efecto contrario, no acepte contacto con nadie del sexo opuesto.
- ◆ Cuando la víctima de abuso es un niño o es un hombre adolescente, las expectativas de futuro que para él tenía la familia tienden a destruirse, especialmente en lo que se refiere a sus estudios y posibilidades laborales. En el caso de una niña o mujer adolescente, si bien la familia resiente este suceso traumático, ésta última no ve truncadas las posibilidades de desarrollo futuro de esa niña, las que generalmente se asocian a la colaboración en las tareas domésticas y al matrimonio. Esto es especialmente relevante en las zonas rurales.
- ◆ En el caso de niñas o mujeres adolescentes que han sufrido abuso sexual, se tiende a culpabilizarlas por la experiencia vivida debido a que se piensa que son ellas quienes seducen o provocan a los agresores. Paradojalmente, a esos agresores se los tiende a visualizar como sujetos incapaces de resistir y controlar impulsos sexuales que las niñas han despertado en ellos, minimizando así la responsabilidad del agresor y traspasándola a la víctima.
- ◆ En algunos tribunales existen prejuicios —desde los jueces hasta el personal administrativo— hacia las víctimas de abuso sexual o violación. Por ejemplo, dificultad para dar credibilidad al relato sobre abuso de una adolescente que ya ha iniciado su vida sexual.

- ◆ En las familias persiste el rol periférico del hombre en relación a sus hijos/as versus el rol protector de la madre o figura femenina, expresado en el grado de participación de uno y otra en los procesos de intervención como las terapias. En contextos rurales o de provincias esto se presenta con mayor frecuencia.
- ◆ En la intervención reparatoria tiende a integrarse a la madre o figura significativa femenina en desmedro del padre o de la figura masculina no agresora. Esto se debe, en gran medida, a que las propias madres justifican la no participación de sus parejas debido a su jornada laboral u otras causas, al tiempo que tampoco se han diseñado estrategias sistemáticas de integración de esta figura en el proceso de intervención.
- ◆ Vinculado al punto anterior, algunos equipos que realizan intervención reparatoria a víctimas declaran haberse percatado de realizar juicios categóricos y tajantes respecto de la figura femenina, especialmente la madre. Se le exige que sea ella quien se consolide como figura protectora, como la encargada de llevar al niño o la niña a la terapia.

Considerar la perspectiva de género en la intervención con niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual implica:

- 1.** Identificar sesgos y/o estereotipos de género facilitadores de la reproducción de ciertos patrones de conducta violenta, que impiden o dificultan la detección y el tratamiento (24). El conocimiento de estos prejuicios y estereotipos permite mejorar la pertinencia y calidad de las intervenciones que se realizan con niños, niñas y adolescentes, víctimas de esta vulneración de derechos. Esto implica, entre otros aspectos, generar procesos de reflexión en los equipos, en las instancias con las que se coordinan (tribunales u otros proyectos) y, muy especialmente, con las familias, con el fin de disminuir sus temores y derribar los mitos en torno al abuso sexual.
- 2.** Considerar la opinión de los niños, niñas y adolescentes para la realización de las intervenciones que se desarrollen, respetando sus intereses y evitando los estereotipos de género (25).
- 3.** Potenciar los recursos personales de cada niño, niña o adolescente, superando los estereotipos de género y secuelas del abuso que pueden obstaculizar su pleno desarrollo (25).
- 4.** Incorporar fuertemente a los padres o a aquellos que cumplen el rol parental masculino en el plan de intervención, para romper con la lógica de asignación tradicional de los roles femeninos y masculinos al interior de las familias (madres encargadas de la crianza y cuidado de la salud y padres encargados de la provisión económica).
- 5.** Generar una apertura que incluya además a otros miembros del grupo familiar (por ejemplo, abuelos y abuelas), reconociendo de esta forma la importancia de la familia como agente de socialización que permite fortalecer roles masculinos y femeninos de carácter positivo y una importante red primaria de apoyo.

1.6. Prevención primaria

Una revisión realizada¹ encontró otras tres revisiones sistemáticas (Davis, 2000; Rispens, 1997; y MacMillan, 2000; sumando un total de 50 estudios) relacionadas con la prevención primaria de abuso sexual en población universal, de niños de 3 a 13 años en el ámbito escolar. Las intervenciones consistieron en programas de prevención, incluyendo educación y entrenamiento de habilidades individuales de afrontamiento. Los efectos fueron medidos a nivel de conocimiento y conductas, y todos los estudios señalaron resultados positivos. Sin embargo, los resultados deben ser interpretados con precaución, ya que ningún estudio comprobó efectividad directa en la disminución de riesgo de abuso sexual infantil. Por ejemplo, los programas enseñan estrategias de enfrentamiento y entrenan destrezas en situaciones con un desconocido, aunque la mayoría de los abusadores no son personas extrañas al niño, niña o adolescente.

El análisis de factores predictivos relacionados con el tipo de intervención y su eficacia, da cuenta de que los programas más efectivos fueron aquellos de más de tres sesiones. Los programas que usaron actividad física y/o juegos de rol para entrenar habilidades de afrontamiento a situaciones de potencial abuso fueron más efectivos que los que solamente usaron entrega de conocimientos. Los niños que mejor adquirieron conocimientos fueron los preescolares y de educación básica inicial, sin embargo, ellos presentan a través del tiempo una menor retención de conocimientos dirigidos a prevenir el abuso.

Recomendaciones

A pesar de las dificultades de las intervenciones de prevención primaria, se puede afirmar en general que es recomendable:

- ◆ Entrenar a niños, niñas y adolescentes en el reconocimiento del abuso.
- ◆ Utilizar setting preescolar, escolar y sanitarios.
- ◆ Realizar intervenciones de prevención primaria en grupos de riesgo, tales como niños, niñas y adolescentes institucionalizados, hospitalizados, con discapacidad, con retraso del desarrollo, con problemas conductuales, por mencionar algunos (esta conclusión no proviene desde la evidencia actual, sino de evidencia expuesta, de sentido clínico).

1. MINSAL, Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura, 2007.



2. ALCANCE DE LA GUÍA

2.1. Pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años que han sufrido algún tipo de abuso sexual y que consultan en cualquier centro de atención en salud, así como también de los hermanos y/o hermanas de los niños/as afectados/as y sus adultos significativos, en cuanto no estén involucrados/as en la situación de abuso.

2.2. Usuarios/as a los que está dirigida la guía

Médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras infantiles y profesionales no médicos, como psicólogos, enfermeras, matronas, asistentes sociales y técnicos /as paramédicos.

2.3. Declaración de intención

Las recomendaciones de esta guía están sujetas a cambios, conforme los avances del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular y según evolucionan los patrones de atención.

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso particular.

En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se sugiere que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo.

Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden, de hecho, ser ineficaces. Sin embargo, otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.



3. OBJETIVOS

Esta guía es una referencia para la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes menores de 15 años en los cuales existe una sospecha o ha habido una experiencia de abuso sexual.

En este contexto, esta guía clínica tiene por objetivos:

- ◆ Fomentar procesos de detección activa de casos de abuso sexual en los equipos de salud para realizar intervenciones precoces e interrumpir la dinámica silenciosa del abuso.
- ◆ Mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento de niñas y niños menores de 15 años que han sido víctimas de abuso sexual, poniendo al alcance de los equipos la evidencia disponible acerca de las intervenciones de mayor efectividad.
- ◆ Contribuir precozmente a la recuperación del bienestar de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, otorgándoles una atención de calidad, que permita poner en marcha mecanismos de protección y disminuya los efectos adversos y multisistémicos del abuso sexual.
- ◆ Apoyar competencias de madres y padres, con el fin de mejorar los recursos de protección de los niños, niñas y adolescentes que se ven afectados por el abuso extrafamiliar y el intrafamiliar.
- ◆ Mejorar la coordinación y la utilización de los recursos de la red de salud y del intersector para favorecer la protección y disminuir las revictimizaciones, así como la reincidencia de situaciones de abuso de niños y niñas.



4. RECOMENDACIONES

4.1. Preguntas clínicas abordadas en la guía

Las preguntas base de esta guía surgen de las diferentes dimensiones del fenómeno del abuso sexual y su intervención, en el ámbito de la salud. Por lo tanto, se considera la detección, la evaluación, la primera respuesta y el tratamiento, como los aspectos fundamentales que se intentan responder.

Detección de situación de abuso sexual

- a. ¿Cómo se construye la sospecha fundada de abuso sexual?
- b. ¿Existen instrumentos estandarizados a utilizar frente a una sospecha de abuso?
- c. ¿Cuáles son los signos y síntomas de sospecha de abuso sexual?
- d. ¿Cuáles son los niveles de “certeza” de estos signos y síntomas?

Evaluación clínica

- a. ¿Cuáles son los objetivos de la evaluación clínica de un niño, niña o adolescente cuando existe sospecha fundada de que sufre abuso sexual?
- b. ¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes que se manifiestan en casos de abuso sexual?
- c. ¿Qué aspectos se consideran en la evaluación del riesgo inmediato?
- d. ¿Cuáles son los criterios a considerar para decidir las medidas de protección necesarias que se deben tomar?
- e. ¿Quién o quiénes hacen la evaluación clínica? ¿Cuáles son las condiciones en que debe realizarse?

Primera respuesta

- a. ¿Qué acciones debe contemplar la primera respuesta?
- b. ¿Cuándo debe ser realizada la primera respuesta?
- c. ¿Quién debe realizar la primera respuesta?
- d. ¿Qué consideraciones se deben tener presentes al enfrentar a la familia de la víctima?
- e. ¿Qué características debe tener quien dé esta atención?

Tratamiento

- a. ¿Cuáles son los tratamientos psicológicos que han demostrado eficacia en el manejo del abuso sexual infantil?
- b. ¿En qué casos deben ser indicados?

4.2. Detección: sospecha y reconocimiento

4.2.1. Sospecha por indicadores clínicos de abuso en la atención en salud

En la sospecha de abuso sexual es posible considerar dos tipos de situaciones:

1. Aquella en que durante la atención de salud un integrante del equipo sospeche de abuso sexual por el relato, la sintomatología psicológica, conductual, emocional y/o la observación directa del niño, niña o adolescente.
2. Aquella situación en que el niño, niña o adolescente es traído a consultar por la sospecha de algún adulto no agresor (abuela, hermanos, profesores/as, educadoras/es, entre otros).

En ambas situaciones, a partir de sugerencias recopiladas de diversas guías clínicas relacionadas con la sospecha de abuso sexual infantil, se recomienda recoger en el momento el motivo de consulta, hacer la anamnesis y entrevistar indagando por sintomatología específica. Algunas acciones posibles de realizar son:

1. **Entrevista** para indagar por **indicadores** de tipo conductuales, emocionales.
2. **Examen físico** del niño, niña o adolescente.
3. **Examen de la zona ano genital** del niño, niña o adolescente.
4. Si no hay hallazgos en el examen físico o de la zona ano genital, ni tampoco presencia de indicadores clínicos (psicológicos, conductuales, psicosomáticos), dar indicaciones de **observación de conductas y citar a seguimiento** en control en dos semanas.
5. Se sugiere utilizar un **instrumento de 5 indicadores** frecuentes de tamizaje usado para complementar la sospecha durante los controles de salud del niño, niña o adolescente (anexo E).

6. Si hay hallazgos positivos del examen físico o de la zona ano genital, con o sin la presencia de indicadores clínicos, indague y evalúe con mayor profundidad con el adulto acompañante, entreviste y gatille una primera respuesta si es necesario.
7. Si no hay hallazgos del examen físico, pero sí hay presencia de indicadores clínicos, proceder con mayor indagación y seguimiento.
8. **Apertura de la sospecha y detección de indicadores con el adulto acompañante.**
9. **Evaluar conciencia de problema** del adulto acompañante.
10. **Intervención con el niño, niña o adolescente, según su edad.** Si éste/a abre relato espontáneo, se agrega fuerza a la decisión de denuncia y protección.
11. **Evaluar riesgo del niño, niña o adolescente de ser nuevamente víctima de abusos.**

Recomendaciones	Grado de recomendación
♦ Al establecer la sospecha de abuso sexual se debe reconocer el grado de especificidad de los síntomas y signos presentes en el caso.	A
♦ El reconocimiento de los síntomas y signos de abuso sexual en el niño/a debe ser realizado considerando su período evolutivo.	A

4.2.2. Reconocimiento del abuso sexual

Existen manifestaciones del abuso sexual, tanto a corto como a mediano plazo; algunas de ellas de alta especificidad (directas) y otras de menor especificidad (indirectas) (18, 26, 28, 29). Las formas de presentación de las manifestaciones dependen, a su vez, de diversos factores agrupables como propios del niño, del perpetrador, del contexto y de la cronicidad y forma del abuso (18, 26). También es posible diferenciar manifestaciones físicas, de aquellas de orden psicológico y/o conductual.

a) Manifestaciones del abuso sexual en el comportamiento infantil

No existen comportamientos que caractericen completa y específicamente al niño, niña o adolescente abusado/a sexualmente, sin embargo, existen conductas orientadoras que deben alertar al equipo (18) (ver tabla N°3).

La investigación de dichos comportamientos debe ser realizada por profesionales entrenados (18).

El criterio más importante para configurar una sospecha de abuso sexual infantil es el relato parcial o total entregado por un niño, niña o adolescente a un tercero. En términos generales, los niños, niñas o adolescentes no reportan abusos sexuales cuando estos no existen (26). Sin embargo, este criterio de relato espontáneo, se presenta de manera poco frecuente (19).

Otros elementos que siempre merecen ser estudiados, pero que poseen menor especificidad respecto al abuso sexual son las manifestaciones conductuales y psicológicas que varían según el período evolutivo del niño, niña o adolescente (18, 26). Desde este punto de vista, en la etapa preescolar (0 a 6 años aproximadamente), Kendall Tackett y colaboradores (20) indican que los síntomas más comunes son la ansiedad, pesadillas, inhibición, retraimiento, temores diversos, agresividad, descontrol y las conductas sexuales inapropiadas; Tackett (20) señala que en este grupo etario existe evidencia relativa a la presencia de trastornos somáticos tales como la enuresis.

En los escolares (7 a 12 años de edad aproximadamente), los síntomas más sobresalientes son el miedo, agresividad, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y conducta regresiva (20). De acuerdo a Echeburúa y Guerricaechevarría, en esta etapa son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza frente al abuso. Finalmente, en los adolescentes, los síntomas más típicos son la depresión, retraimiento, conductas suicidas o autodestructivas, trastornos somáticos, realización de actos ilegales, fugas y el abuso de sustancias (20).

También es importante observar las conductas sexualizadas que pueden presentar los niños, niñas y adolescentes. Importa señalar que los comportamientos de tipo exitatorios (masturbación, curiosidad sexual exagerada o juegos inapropiados) corresponden a un patrón de respuesta menos frecuente que las manifestaciones de tipo inhibitorias (19). Dado lo anterior, importa recalcar el grado de sospecha que deben mantener los/las profesionales de la salud en la pesquisa del maltrato (26, 19).

En **niños y niñas menores de 10 años** pueden considerarse **indicadores de conducta sexualizada**:

- ◆ Declaraciones que indican conocimiento sexual precoz, que usualmente ocurren de manera inadvertida o espontánea.
- ◆ Dibujos sexualmente explícitos.
- ◆ Interacción sexualizada con otras personas: agresiones sexuales a un niño o niña menor, y/o actividad sexual con pares.
- ◆ Actividad sexual con animales o juguetes.
- ◆ Masturbación excesiva:
 1. Hasta hacerse daño
 2. Numerosas veces al día
 3. No puede detenerse
 4. Inserta objetos en la vagina o en el ano
 5. Hace sonidos y gime mientras se masturba

En **niños, niñas y adolescentes mayores de 10 años**, pueden considerarse **indicadores de conducta sexualizada**:

- ◆ Promiscuidad sexual.
- ◆ Explotación sexual comercial.
- ◆ Indicadores gráficos: connotación sexual, cabeza sin cuerpo, cuerpo sin la mitad inferior, desorganización de las partes del cuerpo, uso del color rojo, auto depreciación, fenómenos disociativos.

b) Manifestaciones físicas del abuso sexual

Los signos físicos muchas veces no se encuentran presentes, en especial bajo las formas de abuso como voyeurismo, exhibicionismo, exposición o participación en pornografía y toqueteos (18, 26). Los signos físicos pueden estar ausentes, incluso cuando el perpetrador reconoce haber realizado penetración (9). Algunos estudios señalan que la objetivación del daño físico se logra en tan sólo cerca del 5% de los casos (13).

Al igual que en las manifestaciones conductuales, los hallazgos físicos y sintomatológicos los podemos agrupar en específicos e inespecíficos (18, 26, 28, 29, 30) (ver tabla N° 3).

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 (26). Las lesiones por traumatismos accidentales son visibles externamente (26). 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 (8, 19).

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 (26, 19). La gonorrea se puede manifestar tanto en los genitales como en el recto y en la boca (26). Otras infecciones sugerentes son infecciones genitales por *Virus Herpes Simple*, *Clamidia Trachomatis*, Trichomoniasis, Condiloma, Escabiosis, Pediculosis y *Gardenella Vaginalis* (26, 19).

Otros diagnósticos diferenciales de los hallazgos físicos, aparte de los traumatismos ya mencionados, pueden ser: infecciones por *Hemofilus Influenzae* 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 (26).

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 4° 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.

TABLA N° 3

TRASTORNOS CONDUCTUALES Y SIGNOS DE ABUSO SEXUAL (ADAPTADO DE 19, 26, 28, 29,30, 31)	
Trastornos de conducta específicos de abuso sexual	Signos y síntomas específicos de abuso sexual
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Relato de abuso sexual ◆ Conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto ◆ Masturbación compulsiva ◆ Curiosidad sexual exagerada 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dolor abdominal ◆ Enuresis ◆ Disuria ◆ Encopresis ◆ Flujo vaginal ◆ Supuración uretral ◆ Dolor rectal

Anamnesis

La Asociación Americana de Pediatría (AAP) recomienda realizar la exploración anamnésica del niño, niña o adolescente con sospecha de abuso sexual, mediante preguntas abiertas, evitando direccionar las respuestas (19). De igual forma, se sugiere postergar el examen físico, cuando este sea necesario, a un momento posterior a la realización de la entrevista (19). Ocasionalmente un niño, niña o adolescente puede relatar una historia de abuso espontáneamente, sin embargo, la mayoría de las veces será necesario que un profesional entrenado realice las entrevistas (19).

Algunas guías clínicas recomiendan, cuando sea posible, realizar la entrevista al niño, niña o adolescente en ausencia de sus padres o adultos responsables, con el objetivo de evitar influenciar el relato (19). En la literatura revisada, la mayoría de los expertos omiten la entrevista en niños y niñas menores de 3 años (19).

Examen físico

Respecto a la exploración física, la AAP señala que el examen debe ser realizado evitando generar daños físicos o emocionales adicionales como la victimización secundaria (19). 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 (19). Numerosas revisiones del tema señalan la conveniencia del registro exacto de las lesiones, ya sea mediante diagramas detallados o fotografías (19).

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 pre-púberes (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).

Exámenes de laboratorio

En cuanto a la probabilidad del contagio de una Infección de Transmisión Sexual (ITS), existen elementos orientadores del estudio, debiendo considerarse: el tipo de abuso, tiempo desde el último contacto sexual, factores de riesgo propios del abusador, síntomas o signos sugerentes, preocupación del niño, niña o adolescente o de los cuidadores, prevalencia de las ITS en la comunidad (19). Algunos estudios señalan que el 5% de los niños, niñas o adolescentes abusados sexualmente contraen alguna ITS (19). Dado lo anterior, la AAP recomienda un screening de *N. Gonorrea*, *C. Trachomatis* y *T. vaginales* mediante cultivo uretral, vaginal y eventualmente rectal. La solicitud serología para *VIH*, *Sfilis*, *Virus hepatitis B* o *C*, es reservada para los casos de fundada infección o bien a solicitud de cuidadores o la víctima. La infección por *Virus Herpes Simple* o por *Condilomas Acuminados* en la zona genital se evidencia clínicamente (19).

En los casos de niñas que ya presenten su menarquia se recomienda solicitar test de embarazo (19).

Recomendaciones	Grado de recomendación
♦ La exploración de la sospecha de abuso sexual deberá contemplar un lugar acogedor, protegido y que respete la intimidad del niño/a.	A
♦ Las acciones recomendadas deben ser implementadas en forma inmediata cuando exista sospecha de abuso sexual.	A
♦ La evaluación de la sospecha debe ser realizada por un equipo interdisciplinario.	A
♦ El examen físico requiere una preparación previa del niño/a (explicar el procedimiento, sedar en ciertos casos, etc.).	A
♦ El estudio de laboratorio en los casos de sospecha debe contemplar exámenes de detección de Sífilis, N. Gonorreas y C. Trachomatis.	A
♦ La solicitud de serología para VIH se reserva para casos donde existan antecedentes de penetración, contacto directo de mucosas con fluidos corporales del perpetrador o en presencia de signos clínicos sugerentes de infección por VIH (según guía clínica VIH/SIDA vigente).	A

4.2.3. Evaluación clínica de la existencia de abuso

Algunas consideraciones:

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.

Ante hallazgos en el examen físico del niño, niña o adolescente:

Un pequeño porcentaje de niños, niñas o adolescentes que han sido o son víctimas de situaciones de abuso sexual presentan signos o síntomas físicos, por esta razón, cuando se detecte algún indicador de sospecha durante un examen de salud, se debe continuar la indagación y la búsqueda de información. Es importante que el profesional que realice la atención en salud esté capacitado **“para ver lo invisible”**, para ello debe considerar:

- a. Utilizar **guía de indicadores**: ver anexo de signos y síntomas físicos según la edad e indicadores de mayor certeza (anexo C).
- b. Realizar **examen físico** detallado en busca de lesiones generales.
- c. Realizar **examen ano-genital** o derivar a especialista para la realización urgente.
- d. Indicar **tomar muestras** de semen, sangre, cuerpos extraños, etc. si estuvieran presentes.
- e. Realizar **exámenes de ITS, VIH, embarazo** si se considera necesario.
- f. Pasar **instrumento de 5 indicadores** al adulto acompañante, que tamiza indicadores conductuales más frecuentes en casos de abuso sexual infantil (anexo E).
- g. **Evaluar conciencia de problema** con el adulto acompañante. Es importante evaluar si está en antecedentes o no de que el/la niño/a podría estar siendo abusado/a. Muchas personas se resisten a tomar conciencia de la situación abusiva, pero esto no implica que no tengan el potencial protector. Los estudios describen que si se le muestra al adulto acompañante que los signos y síntomas observados se pueden deber a muchas causas, pero que una de éstas pudiera ser abuso sexual, este tiende a cooperar con el seguimiento y la evaluación.
- h. **Evaluar riesgo** para el niño, niña o adolescente.

4.2.4. Valoración del riesgo y necesidad de protección del niño, niña o adolescente abusado/a

En numerosas guías clínicas se menciona que **la protección del niño, niña o adolescente abusado/a**, constituye el primer deber del profesional que se enfrenta a la presunción de un caso (19). Este deber podría justificar el retraso de la comunicación de la sospecha a los cuidadores, cuando se estime que estos se encuentren involucrados en la perpetuación del abuso (19).

Los aspectos a evaluar en relación al riesgo, se describen en la tabla siguiente:

TABLA N°4

EVALUACIÓN DEL RIESGO	
Aspectos a evaluar	Consideraciones
Caracterización de la situación de abuso intrafamiliar o extrafamiliar	Si el abuso es producido por un integrante y al interior de la familia, o por alguien vinculado por otros factores (por ejemplo, porque mantiene una relación con la madre), existe mayor riesgo de no contar con una adecuada protección.
Tipo de relación agresor/a-víctima	Si el agresor pertenece a la familia, es mayor el riesgo de que la situación se repita o no haya interrupción de la situación de abuso.
Acceso del agresor/a al niño, niña o adolescente	Si el abusador es una persona que vive en el mismo hogar de la víctima o tiene fácil acceso a ella, existe mayor riesgo de no contar con una adecuada protección.
Respuesta del o los adulto/s no agresor/es frente a la revelación del abuso	<p>En el caso de que la madre sea la cuidadora, la evidencia muestra que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuanto más cercana es la relación del abusador con la madre (padrastro o compañero sentimental de ella), hay mayor riesgo a que no se produzca el apoyo materno. ◆ La protección de la madre depende del tipo de abuso, de la edad del niño niña o adolescente (es menos protectora hacia un/a adolescente) y de los sentimientos de la madre hacia el perpetrador. <p>Si no existe un familiar, buscar en el entorno quien asuma esta acción de protección.</p> <p>También se debe tener en cuenta si existe complicidad o no frente a la situación de abuso por parte de los otros adultos de la familia.</p>
Edad del niño/niña o adolescente	A menor edad, mayor riesgo.
Tipo de relación de pareja y presencia de violencia	Si el abusador es el padre o el conviviente y éste ejerce además abuso en contra de la madre de la niña, niño o adolescente abusado, difícilmente esta mujer podrá proteger a su hijo/a del abuso.
Madre y/o padre que presenta depresión o abuso de sustancias	Disminuye la capacidad para prestar asistencia y protección a sus hijos/as.
Existencia de denuncias o querrelas, intervenciones legales	Existe mayor riesgo si hay antecedentes de denuncias no resueltas.
Abuso sexual de la madre en la infancia	Esta experiencia puede interferir en la capacidad de la madre para constituirse en un adulto protector.
Existencia de violencia intrafamiliar en el entorno.	La existencia de violencia intrafamiliar puede ser un obstáculo para la detención del abuso sexual y la protección del niño, niña o adolescente.



5. PRIMERA RESPUESTA

5.1. Primera respuesta en la atención en salud (31, 32, 33)

La bibliografía en este aspecto es insuficiente. Sin embargo, existe cierto grado de consenso referido a las primeras acciones que los profesionales de salud debieran realizar al encontrar hallazgos altamente sugerentes de una situación de abuso sexual infantil. Para efectos de la presente guía se entenderá como primera respuesta: *Todas las acciones llevadas a cabo por los profesionales de salud una vez encontrados hallazgos sugerentes de abuso sexual. Se asimilará a "primeras intervenciones, primera ayuda" o "primera respuesta".*

La primera respuesta es un proceso que se realiza en tiempo breve, que requiere de la participación de más de un profesional y que busca informar, apoyar y proteger a la víctima. También tiene por finalidad estabilizar a la familia para que ésta se constituya en un soporte válido para el niño, niña o adolescente, y lograr el compromiso del niño, niña o adolescente y su familia para continuar con un tratamiento dado por especialistas y con el proceso de denuncia.

Implica la toma de decisiones, la movilización de los recursos disponibles en el ámbito familiar, social, individual, legal u otro, de modo de garantizar la interrupción de la situación de abuso y lograr un mejor estado psicosocial para el niño, niña o adolescente.

La no realización de estas acciones en su momento puede significar la perpetuación del abuso y la desprotección de la víctima.

La primera respuesta depende del contexto en el que se presente el origen de la sospecha:

- ◆ Revelación espontánea del niño, niña o adolescente

- ◆ Revelación espontánea de un adulto
- ◆ Hallazgos al examen físico del niño, niña o adolescente

A opinión de los expertos, se describen las siguientes actividades propias de la primera respuesta, las cuales pueden ser utilizadas por los equipos de salud:

- ◆ **Acciones de protección:** son aquellas medidas discutidas por el equipo para garantizar **la seguridad** del niño, niña o adolescente y la detención del abuso, tomando las precauciones necesarias, según los riesgos del caso y los recursos con los que se cuenta. Las medidas de protección de la primera respuesta incluyen la denuncia, solicitar al tribunal de familia que considere el ingreso del niño, niña o adolescente a un sistema residencial de protección, sugerir que algún adulto de la red familiar se haga cargo temporalmente, considerar la hospitalización en un servicio de pediatría si se considera pertinente, entre otras.

Acciones que son posibles de realizar para garantizar la seguridad del niño, niña o adolescente:

- ◆ *Identificar al adulto protector:* éste tiene ciertas características que es necesario identificar. Entre ellas, y la más importante, es que le crea al niño, niña o adolescente y no ponga en duda su relato. Si el adulto duda, es probable que no pueda proteger a la víctima y, por lo tanto, no debe ser considerado un adulto protector. Es necesario buscar entre las redes primarias a aquel adulto que cumpla con estas características y que sea capaz de garantizar la protección del niño, niña o adolescente y de acompañarlo/a en el proceso que se inicia.
- ◆ *Establecer estrategias para la protección de la víctima con el adulto protector identificado:* conocer las circunstancias en que se dio el abuso y al posible perpetrador para establecer medidas que permitan que el niño, niña o adolescente no vuelva a estar expuesto/a a estas circunstancias ni a otras en que se pueda producir un nuevo abuso y no sea presionado/a o amenazado/a por el abusador y la familia por la revelación de esta situación. Por ejemplo, si el abuso se produjo en el periodo en que el niño, niña o adolescente permanecía a solas con el agresor, evitar que esto vuelva a suceder, recomendando que no siga en contacto directo con el agresor. También es necesario establecer medidas de protección a favor de otros niños, niñas o adolescentes que pudieran estar expuestos.
- ◆ *Establecer medidas de protección con el niño, niña o adolescente:* el experto, de acuerdo a la edad, el nivel de desarrollo y de daños psicoemocionales, podrá elaborar estrategias de protección en las que participe el niño, niña o adolescente, teniendo la precaución de dejar siempre claro que el abuso no es responsabilidad de la víctima sino del abusador y que él o ella, como niño, niña o adolescente, no tiene todos los elementos para detener el abuso, pero sí puede pedir ayuda a otros adultos.

- ◆ *Establecer contacto con las redes para desarrollar una estrategia de intervención-protección del niño, niña o adolescente, disminuyendo la victimización secundaria:* para ello, es importante que los establecimientos de salud conozcan los recursos disponibles tanto a nivel local como regional y cuenten con canales de comunicación y coordinación que hagan posible las intervenciones.
- ◆ *Solicitar medidas de protección a la justicia:* si no es posible encontrar en las redes primarias un adulto capaz de garantizar la detención del abuso sexual y la protección del niño, niña o adolescente o no es posible que este adulto se haga cargo porque alguno de los padres se opone, o el entorno inmediato del niño, niña o adolescente niega o no asume la situación, se pueden solicitar medidas de protección a los tribunales de familia, quienes tienen facultades en estas materias para garantizar la seguridad de los niños, niñas y adolescentes. Estas medidas pueden solicitarse a:
 - ▶ Carabineros
 - ▶ PDI
 - ▶ Fiscalías
 - ▶ Tribunales de Familia
 - ▶ Ministerio Público (Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos, URAVIT)
 - ▶ Centro de Medidas Cautelares (Tribunales de Familia de Santiago)
- ◆ **Intervención familiar:** intervención que se realiza con el adulto no agresor, favoreciendo la apertura de la situación al interior de la familia. Implica además el manejo de la crisis producida en el momento, con el fin de lograr la cooperación y planificar conjuntamente las próximas decisiones.

Acciones que es posible realizar:

- ▶ *Es importante distinguir si el abuso es intra o extrafamiliar.* En caso de ser intrafamiliar se debe considerar que existirá mayor probabilidad de que la familia pueda entrar en crisis con la revelación, presionando al niño, niña o adolescente para minimizar o retractarse de lo revelado, situación descrita en el proceso familiar del incesto.
- ▶ Se considera necesario que el *niño, niña o adolescente sea informado* de las decisiones y próximas etapas a seguir, incluyendo la denuncia, exámenes, derivaciones, tratamiento, entre otros.
- ▶ *Favorecer la apertura del relato del niño, niña o adolescente:* inducir a la víctima para que haga el relato de las posibles causas de hallazgos del examen físico.
- ▶ *Favorecer la apertura de la situación detectada por el/la adulto/a acompañante:* implica favorecer el relato por parte del adulto acompañante, de acuerdo al desarrollo y hallazgos sugerentes del examen físico, o del relato espontáneo del niño, niña o adolescente y/o del propio adulto.

- ◆ **Contención:** realizada al adulto acompañante, y orientación sobre los posibles pasos a seguir.
- ◆ **Derivación asistida:** a especialista tanto para el tratamiento, como para completar estudio. En ambos casos la derivación debe realizarse lo antes posible, concertando idealmente la citación en el mismo momento.
- ◆ **Seguimiento:** hacer un seguimiento de la derivación. La intervención del equipo no termina con la derivación, dado que es población beneficiaria y bajo control en el sistema de salud.
- ◆ **Denuncia:** poner en conocimiento a las policías (Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones de Chile) y/o tribunales competentes del delito pesquisado. El procedimiento se describe más adelante.

En caso de que el niño, niña o adolescente, por resolución judicial, deba ser enviado a casa de algún familiar o a una residencia de protección (SENAME u otro), se le deben explicar muy bien las razones que motivan esa medida, indicándole que es necesario para garantizar su seguridad. Cuando esto sucede hay que hacer lo posible para mantener la comunicación entre la víctima y la familia.

5.2. Intervención con el adulto responsable y la familia

La revisión bibliográfica recomienda establecer con los miembros de la familia un vínculo que facilite ayudarles a comprender lo sucedido y encontrar alternativas positivas para enfrentarlo.

Antes de realizar esta intervención, es necesario evaluar si la familia o alguno de sus miembros se constituirán en un agente de protección, capaz de garantizar la detención del abuso sexual. Una vez detectado esto, se sugiere considerar lo siguiente:

- ◆ Unificar criterios sobre el manejo del problema.
- ◆ Preparar a la familia en relación al proceso que hay que seguir: exámenes médicos, psicológicos, procedimientos legales, cambios de residencia, etc.
- ◆ Ser muy claros en cuanto a la derivación a otros servicios.
- ◆ En casos de abuso sexual intrafamiliar, toda la familia debe ser percibida como objeto de intervención. Es conveniente utilizar una comunicación directa y abierta, pero nunca una actitud agresiva, ni acusativa.
- ◆ Es importante crear un ambiente de confianza y calidez, que impulse al miembro o a los miembros de la familia a expresar en forma tranquila la problemática por la que están atravesando.

- ◆ Entre otros aspectos, es necesario establecer las reglas que se van a utilizar durante la intervención, aclarando los objetivos, por qué fueron citados, qué se espera de ellos como grupo familiar, qué va a pasar, etc.
- ◆ Es importante conversar con la familia, padres o familiares encargados acerca de cómo sucedieron los hechos, qué piensan con respecto a lo sucedido, qué sienten con relación al niño, niña o adolescente víctima, cuáles son sus sentimientos (culpa, rabia, rechazo, negación, enojo, etc.).

Cuando el abuso sexual es intrafamiliar (el agresor/a es el padre, madre, tío, abuelo, allegado) es muy probable que la familia no quiera denunciar el hecho en las instancias judiciales y/o policiales. En este caso, se debe DENUNCIAR e informar sobre la negligencia familiar a los Tribunales de Familia, con el objeto de solicitar las medidas de protección y de urgencia necesarias que protejan al niño, niña o adolescente de nuevas agresiones.

En caso de ser una situación de abuso sexual intrafamiliar, es importante acompañar y monitorear al adulto protector como soporte válido y confiable. Hay que hacer todo lo posible para que este adulto —que en general es la madre— resuelva su ambivalencia y apoye incondicionalmente a la niña o niño que ha hecho la revelación.

Resulta además relevante que la familia conozca los posibles cambios en el comportamiento del niño, niña o adolescente, los que pueden provocarles preocupación; por esta razón es muy importante que continúen recibiendo ayuda y, si es posible, continuar luego con un tratamiento terapéutico especializado.

5.3. Cómo realizar la denuncia

Para realizar la denuncia es necesario recurrir a alguna de las instituciones que se señalan y dar una descripción detallada de los hechos observados y que son constitutivos de delito sexual. Idealmente deben aportarse los datos de identificación de la víctima, familiares y el posible agresor.

Las instituciones en las que puede realizarse la denuncia son:

- ◆ **Carabineros de Chile:** al funcionario que se encuentre en el centro de salud respectivo, si lo hubiere, o en cualquier comisaría. Atiende las 24 horas. Se recomienda tener actualizados el o los número/s telefónico/s de la comisaría o del plan cuadrante.
- ◆ **Policía de Investigaciones de Chile**
- ◆ **Servicio Médico Legal** (existen dos oficinas, una de Carabineros de Chile y otra de Policía de Investigaciones de Chile).

- ◆ **Ministerio Público:** en este caso debe realizarse en dependencias del Ministerio Público, que normalmente atiende sólo durante las mañanas.
- ◆ **Juzgados de Familia,** aunque este tipo de casos normalmente son derivados al Ministerio Público para que se realice la denuncia. Se recomienda utilizar esta vía sólo como último recurso y cuando se requiera solicitar medidas de protección inmediatas.

5.4. Otras acciones importantes

En una adecuada intervención es necesario actuar en coordinación con las diferentes organizaciones e instituciones que pueden ofrecer prestaciones de utilidad, de manera de crear una red social de apoyo al niño, niña o adolescente y a su familia y así evitar, en la medida de lo posible, una victimización secundaria.

¿Qué características y actitudes deben tener los profesionales que van a realizar las primeras intervenciones?

Las principales características que debieran tener las personas que van a realizar las primeras intervenciones son las siguientes:

- ◆ Tener una actitud definida de rechazo frente al abuso sexual.
- ◆ Actuar rápidamente, pero sin la precipitación emocional que le impida evaluar los aspectos relevantes del caso.
- ◆ Tener capacidad de trabajar en equipo.
- ◆ Poseer sensibilidad y calidez.
- ◆ Poseer una actitud abierta, lo que implica no juzgar y garantizar el respeto y la dignidad de la víctima.
- ◆ Ser capaz de mantener la confidencialidad.
- ◆ Tener la capacidad de manejar con habilidad las emociones propias y las de los/as involucrados/as: sentimientos como la rabia, la ira, la ansiedad, el miedo, la angustia, la tristeza, entre otros.
- ◆ Ser capaz de reconocer sus limitaciones dentro del proceso y de confrontar sus propias actitudes y experiencias frente al abuso sexual.
- ◆ Tener capacidad de liderazgo que le permita tomar decisiones y actuar en la comunidad.
- ◆ Tener una actitud proactiva de autoformación en el tema, más allá de los procesos de entrenamiento y capacitaciones formales.

- ◆ Poseer información acerca de las instituciones y servicios existentes para realizar una adecuada derivación.
- ◆ Ser capaz de establecer enlaces con las diferentes organizaciones e instituciones que podrían estar involucradas.
- ◆ Reconocer que no se tienen todas las respuestas y que no hay soluciones completas, pero sí satisfactorias.
- ◆ Actuar de acuerdo a los principios éticos que guían toda intervención en salud.
- ◆ Incorporar procesos de auto-cuidado en el trabajo y el equipo.

Recomendaciones	Grado de recomendación
◆ En cuanto exista sospecha fundada, no postergar la realización de la primera respuesta.	B
◆ Cuando sea posible, realizar la primera respuesta con más de un profesional, idealmente inter-institucionalmente.	C
◆ Adecuar las actividades de primera respuesta al contexto en que se realiza la sospecha.	C
◆ La intervención familiar de la primera respuesta debe ser clara, directa, abierta, acogedora, dejando en claro los pasos a seguir (medidas de protección, estudio, derivación, entre otros) y sus objetivos.	C



6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

En términos generales, de acuerdo a la revisión de la evidencia, el tratamiento orientado a la prevención terciaria (evitar consecuencias psicológicas y psiquiátricas provocadas por la situación de abuso) resulta efectivo, modificando los efectos psicológicos del abuso, mejorando la sintomatología, la adaptación del niño, niña o adolescente y de la familia (43).

Existe consenso en cuanto a que este tratamiento debe ser otorgado por equipos especializados. Actualmente existen en Chile diferentes instituciones que realizan este tipo de intervenciones, aunque su cobertura es aún insuficiente, siendo un desafío para el sistema de salud ir cerrando estas brechas. Entre las instituciones que realizan este tipo de intervenciones están los equipos especializados del sistema de salud, las unidades de atención a víctimas de delitos violentos, los proyectos especializados en la atención al maltrato infantil del Servicio Nacional de Menores y ONGs, por mencionar algunos. Cada equipo debe identificar la red local existente.

Modelos teóricos multidimensionales y del desarrollo permiten comprender la importancia de los mediadores del efecto en los tratamientos. En este sentido, se describen variables que influyen en el éxito del tratamiento, tales como la resistencia al tratamiento, las dificultades de los niños, niñas o adolescentes en distinguir la responsabilidad del agresor cuando éste es una persona querida y de confianza, o la autoatribución de culpa del evento por el egocentrismo de los niños/as más pequeños/as (43).

6.1. Objetivos

Existe consenso por parte de los expertos en que los objetivos del tratamiento deben orientarse principalmente a :

1. Estabilizar la sintomatología a corto y mediano plazo.
2. Ayudar al niño, niña o adolescente a elaborar e integrar la experiencia abusiva (34) y abordar las consecuencias traumáticas de la situación de abuso.
3. Elaborar los sentimientos de culpa del niño, niña o adolescente y externalizar la responsabilidad de la agresión hacia el adulto, fomentando el sentimiento de seguridad emocional de la víctima.
4. Promover un sentido de sí mismo/a y del mundo que sea adaptativo a su desarrollo y bienestar integral.
5. Fomentar el apoyo de, por lo menos, un adulto significativo protector.
6. El tratamiento debe estar encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol (35, 40, 41).
7. Realizar un trabajo terapéutico con la/s figura/s protectora/s del sistema familiar, con el propósito de ayudarles a desarrollar o fortalecer la empatía con la víctima y de que se constituyan en una fuente de apoyo social importante.

6.2. Tipos de intervenciones recomendadas

Existe acuerdo unánime por parte de los expertos respecto de que la terapia reparatoria se considera contraindicada para las personas que en el presente están siendo víctimas de situaciones de abuso o de maltrato (43). De esta manera, el tratamiento sólo debe iniciarse una vez garantizada la interrupción del circuito abusivo y la protección de la integridad física y psíquica de la víctima. Esto implica la movilización del aparato judicial (nivel de evidencia 4²).

Psicoterapia grupal

Una revisión sistemática (43) encontró cuatro revisiones anteriores, que reúnen en total 41 estudios sobre intervenciones grupales en niños y niñas víctimas de abuso sexual. La mayoría de los estudios son de buena calidad metodológica. En general, se puede afirmar que la terapia de grupo pareciera ser una modalidad efectiva de tratamiento, con la ventaja de utilizar las bondades del setting grupal para trabajar con adultos protectores, con el sistema familiar del niño, niña o adolescente, y como una posibilidad de complementar un tratamiento individual (37, 38).

2. Para ver niveles de evidencia, remitirse a anexo A: Niveles de evidencia y grados de recomendación.

Esta modalidad de trabajo pretende ofrecer a los niños, niñas o adolescentes la posibilidad de compartir con pares que han vivido experiencias similares, disminuir los sentimientos de estigmatización y brindar un espacio de contención emocional, donde el abuso sexual puede ser abiertamente reconocido y explorado y donde se validen las vivencias de cada uno de los integrantes del grupo. Asimismo, permite optimizar los recursos económicos y humanos, y ampliar la cobertura de atención (39).

Las publicaciones sobre intervenciones de psicoterapia grupal presentan una gran variedad de modelos teóricos y combinaciones de técnicas. A pesar de esta heterogeneidad, se puede afirmar que los estudios arrojan en general efectos favorables (nivel de evidencia 1) (43).

Una revisión sistemática de terapia grupal con modelos heterogéneos mostró efectos significativos sobre todo para problemas de conducta y autoestima, y efectos moderados para distrés psicológico y funcionamiento social (43, p. 161, Hetzel-Rigin).

La terapia grupal de tipo cognitiva conductual mostró resultados significativos solamente para distrés psicológico, problemas de conducta sexualizada y externalizante; los resultados de este último no se mantuvieron al año de medición (en niños de 4 a 13 años) (nivel de evidencia 1) (43, pag. 161).

Un ensayo clínico randomizado en adolescentes mostró que la terapia grupal tenía mejores resultados en autoconcepto, pero no así en ansiedad ni en depresión.

Un meta-análisis de 15 estudios sobre terapias integrales (43, pag. 161, Reeker) que combinaban una serie de técnicas grupales, técnicas cognitivo conductuales, de expresión, artísticas, juego y otras, demostró que estas parecieran tener mejor efectividad que otros modelos (magnitud del efecto 0.79). Las niñas mostraban un beneficio mayor en las terapias grupales, observado en un amplio rango de edad: de 2 a 18 años (nivel de evidencia 1).

Una modalidad de terapia grupal menos exitosa, en comparación con otras, fue la que utilizó técnicas de drama y juego. Dentro de esta modalidad se observaron efectos significativos para la mejoría de la autoestima en jóvenes púberes.

La modalidad de terapias grupales con modelo cognitivo conductual, que incluyen en forma paralela a las madres y/o padres no agresores, aparece con alta eficacia, siendo este hallazgo coherente con el consenso general que indica que el apoyo de este adulto es un mediador importante del efecto (nivel de evidencia 1) (43). Cabe mencionar que en Chile se han realizado experiencias de este tipo con resultados positivos, aunque no publicados en la literatura (Sinclair y Martínez).

Psicoterapia individual

Una revisión sistemática (43) de 50 estudios primarios de buena calidad metodológica aporta la siguiente evidencia: la terapia individual, sin mención de un modelo específico,

y las terapias cognitivo conductuales, mostraron tener en general efectos favorables. Se destaca la efectividad para distrés psicológico del niño, niña o adolescente (magnitud del efecto medio ponderado de 1.23) (43, pg. 158). Aquellas que tratan en forma individual y paralelamente al niño, niña o adolescente y al padre/madre no agresor, tuvieron mejores resultados, sobre todo en habilidades parentales (apoyo otorgado al niño y aumento de creencia al niño) (43). Los resultados de conducta sexualizada y sintomatología de estrés postraumático tuvieron una mejor resolución en este setting terapéutico (43).

Efectos de menor magnitud se encontraron para resultados de depresión y ansiedad (43).

No se encontró información para terapias a niño, niña o adolescente que han sufrido delitos violentos, aunque algunos estudios los involucraban en intervenciones dirigidas a sintomatología postraumática (43).

Psicoterapia familiar

Se encontraron dos revisiones sistemáticas, con un total de nueve estudios de buena calidad metodológica. Ellas mostraron que las terapias familiares también evidenciaron tener efectividad, se destaca el modelo TF-TCC (terapia cognitivo conductual centrada en el trauma) con mantenimiento de resultados al año de seguimiento postintervención, como un modelo más efectivo en comparación con el modelo de terapia centrado en el cliente.

Las ventajas de este tipo de terapia se advierten significativamente para distrés psicosocial, disminución de sintomatología de estrés postraumático, menor autopercepción de estigmatización y autculpa por eventos negativos, ansiedad, conductas sexualizadas y mejores habilidades parentales (43, pag.160). Para depresión y problemas de conducta, los resultados fueron diversos.

Las terapias de familias que tratan a los niños, niñas o adolescentes y a los padres no agresores en settings grupales separados y en paralelo se analizan en el ítem de terapia grupal, no familiar.



Recomendaciones	Grado de recomendación
Iniciar el proceso de psicoterapia de el/la víctima una vez que esté garantizada la interrupción de la situación de abuso.	C
Siempre tratar al niño, niña o adolescente que haya sido víctima de abuso sexual con intervenciones psicológicas especializadas.	A
La elección del tipo de tratamiento psicológico, tanto del modelo teórico como del setting (grupal o individual), debe adaptarse a las manifestaciones clínicas secundarias de la situación abusiva.	A
Realizar terapia grupal con aquellos niños, niñas o adolescentes en los cuales se ha evaluado su disposición y su capacidad de agrupabilidad previamente. Lo anterior podría permitir un manejo adecuado de problemas de conducta y autoestima que éstos presenten.	A
Realizar terapia grupal de tipo cognitiva conductual para el manejo del distrés psicológico y problemas de conducta sexualizada y externalizante.	A
Al realizar terapia grupal con modelo cognitivo conductual, incluir en la terapia en forma paralela a las madres o padres no agresores.	A
Realizar terapia familiar, específicamente el modelo TF-TCC (terapia cognitivo conductual centrada en el trauma) para el manejo del distrés psicocial, sintomatología de estrés postraumático, problemas de conducta de los niños, autoestima y para el aumento de apoyo parental hacia los niños.	A
Incorporar en las intervenciones, como foco de tratamiento, las creencias y mitos asociados a los estereotipos de género.	C



7. SEGUIMIENTO

El seguimiento de los casos tratados, según el grupo de expertos, se debe realizar durante el primer y hasta el segundo año de finalizada la intervención, con el objetivo de vigilar tanto los efectos de la intervención como de la sintomatología “dormida”.

Esta fase debe ser parte de protocolos de atención postintervención, a través de controles periódicos del niño, niña o adolescente y el adulto significativo. El foco de estos controles se relaciona con el nivel de adaptación del niño, niña o adolescente en todas las áreas del desarrollo y en todos sus contextos de desenvolvimiento.

También se sugiere considerar la visita domiciliaria como una alternativa de intervención consensuada para satisfacer la necesidad de seguimiento.



8. DESARROLLO DE LA GUÍA

Esta guía surge como respuesta a la necesidad sentida de los equipos de salud y como una actualización y ampliación de la “Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en niños y adolescentes en los servicios de urgencia”, MINSAL, División de Salud de las Personas, 1998, y de las “Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”, MINSAL, 2004.

8.1. Grupo de trabajo

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Astorga A., Alejandro

Psicólogo de la Universidad de Chile con estudios de postítulo en Chile, en Italia (Accademia di Psicoterapia del la Famiglia, Roma) y en Pittsburgh, Estados Unidos, en el Western Pennsylvania Family Center, en el ámbito de la psicología clínica.

Barudy, Jorge

Médico neuropsiquiatra infantil y terapeuta familiar; Experto en resiliencia. Director del Instituto de Formación, Investigación e Intervención sobre Violencia Familiar y sus Consecuencias, Barcelona. Director del Centro Exil, programa de reparación médico-psico-social para inmigrantes víctimas de violaciones de los derechos humanos y de tortura, desarrollado en Bélgica y Barcelona. Realizó el análisis de la guía clínica en junio de 2009, emitiendo informe con su validación técnica y sugerencias que fueron incorporadas en el documento.

Boza V., Claudio Rodrigo

Psicólogo de la P. Universidad Católica de Chile. Postítulo en psicoterapia sistémica de niños y adolescentes en la P. Universidad Católica de Chile. Diploma en psicología jurídica, mención en evaluación forense, P. Universidad Católica de Chile. Desde 2002 es psicólogo del Centro Integral por los Derechos del Niño (CREDEN), Corporación de Asistencia Judicial.

Cáceres O., Ana

Psicóloga de la Universidad de Chile. Maestría (e) de Ciencias Sociales de Universidad ARCIS, diplomado en terapias corporales de Eutonía y Feldenkrais. Especialista en género, temáticas de violencia intrafamiliar y en problemáticas de infancia vulnerada. Ex coordinadora del área de gestión programática del Departamento de Protección de Derechos del SENAME, institución en la que trabaja desde el 2000.

Caprile A., María Angélica

Asistente social, diplomada en gestión de calidad de la atención, profesional asesora del Departamento Ciclo vital, del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescente y Jóvenes, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Espergue B., Lumy

Psicóloga responsable de la línea de programas de maltrato y abuso sexual grave del área de gestión programática del Departamento de Protección de Derechos de SENAME.

Estrada V., Francisco

Abogado de la P. Universidad Católica de Chile. Magíster en derechos de infancia y adolescencia de la Universidad Diego Portales. Fue director nacional del Servicio Nacional de Menores (SENAME), director regional de la Fundación Tierra de Esperanza, asesor de la directora nacional de la JUNJI y jefe del Departamento de Menores del Ministerio de Justicia. Experto en materias de infancia y adolescencia.

Fuentes O., Valeria

Psicóloga de la Universidad de Chile. Coordinadora nacional de los programas especializados en maltrato grave y los programas especializados en explotación sexual comercial infantil de la Corporación OPCIÓN. Postítulo en terapia familiar, postítulo en terapia de pareja.

Henríquez G., Sergio Andrés

Abogado de la Universidad de Chile. Magister (c) en derechos de la infancia, la adolescencia y la familia por la Universidad Diego Portales. Consultor en materia de infancia y adolescencia en "Puentes Consultores".

Larraín H., Soledad

Psicóloga de la P. Universidad Católica de Chile. Magíster en psicología clínica: estudios sistémicos avanzados de la familia y pareja de la Universidad Alberto Hurtado. Terapeuta familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), consultora de UNICEF en materia de protección de derechos, maltrato infantil y abuso sexual.

López S., Carmen

Médico cirujano, especialidad Psiquiatra de niños y adolescentes. Ex encargada de línea programática de Violencia y Género MINSAL

Moraga G., Cecilia

Psicóloga y enfermera-matrona, magíster en psicología clínica, entrenadora de evaluación de apego. Miembro fundador de IASA, Sociedad Internacional de Estudios de Apego. Asesora técnica de Chile Crece Contigo.

Narváez E., Patricia**Coordinadora del grupo de trabajo de expertos**

Enfermera y matrona. Profesional asesora del Departamento Ciclo vital, del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescente y Jóvenes, DIPRECE, MINSAL. Diplomada en gestión de calidad de la atención; con formación en género, Universidad de Chile. Experiencia en políticas públicas en violencia intrafamiliar. Docente adjunto del diplomado en gestión de calidad de la atención y salud mental infanto-adolescente y de los cuidadores, Universidad de Chile.

Salvo A., Irene

Directora de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Docente de la Universidad Católica Silva Henríquez. Máster en asesoramiento y orientación familiar, Universidad de Santiago de Compostela, España. Especialización en "Atención integral a víctimas", Universidad Complutense de Madrid, España. Profesional clínica infanto-juvenil, experta en psicoterapia reparatoria en víctimas de maltrato constitutivo de delito y abuso sexual infantil en Centro Integral por los Derechos del Niño, Corporación de Asistencia Judicial.

Valenzuela, Claudia

Asistente social, División de Gestión de Redes Asistenciales, Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Zitko, Pedro

Médico cirujano de la Universidad de Chile. Magíster en epidemiología, P. Universidad Católica de Chile. Asesor metodológico, Secretaría de la Reforma, DIPREE Epidemiólogo de Estudios, Departamento de Epidemiología, DIPLAS. Secretario ejecutivo del Plan Nacional de Salud 2011-2020 (Subsecretaría de Salud Pública). Investigador asociado Community-Based Medicine, Unit of Psychiatry. University of Bristol. Residencia de investigación. Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe, Instituto CARSO para la Salud, México.

En el año 2010 los siguientes profesionales revisaron el documento para su edición final:

Andrade U., Flora

Enfermera y psicóloga. Profesora asistente de Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Directora diploma salud mental infanto-juvenil y autocuidado del equipo de salud mental, Escuela de Enfermería, Medichi, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Ayala G., Ana

Enfermera-matrona. Magíster en salud pública. Experta en temas de género Departamento Coordinación de Programas, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Balart A., Andrea

Licenciada en ciencias jurídicas y sociales por la Universidad Diego Portales. Abogada del área de protección legal de UNICEF Chile.

Bascuñán D., Carolina

Socióloga. Master en necesidades y derechos de infancia y adolescencia. Consultora de UNICEF Chile para el área de maltrato infantil, vulnerabilidad social y violencia.

Berrios C., Gloria

Enfermera de la Universidad de Chile. Encargada del área de atención integral del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.

Fernández R., Hernán

Abogado de la Universidad de Concepción. Experto en derecho de menores. Doctor © en derecho penal y ciencias penales de la Universidad Pompeu Fabra Barcelona, España. Director del Centro de Atención Jurídica para Niños/as y Jóvenes Víctimas de Maltrato Grave “Umbrales” de Fundación Tierra de Esperanza. Docente invitado de la P. Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción, Universidad Santo Tomás y Universidad Autónoma, entre otras. Ha sido consultor de diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y ha escrito artículos en su especialidad.

Lobato C., Mónica

Psicóloga y magíster en psicología comunitaria de la Universidad de Chile, con experiencia en políticas públicas y desarrollo social (diseño de políticas, planificación, gestión y evaluación) en materia de drogas e infancia y adolescencia.

Monsalve, Pilar

Médico cirujano, especialista en medicina familiar con mención en salud infantil, P. Universidad Católica de Chile. Diplomada en docencia clínica P. Universidad Católica de Chile. Diplomada en salud del adolescente, Medichi, Universidad de Chile. Coordinadora técnica de salud infantil del área de salud de la Comuna de Puente Alto y parte del equipo de ciclo vital y secretaría ejecutiva Chile Crece Contigo, MINSAL.

Peredo C., Carolina

Matrona de la Universidad de Chile. Profesional del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Diplomada en género, familia y políticas públicas, Universidad de Chile.

Prado C., Antonieta Beatriz

Psicóloga de la Universidad de Chile. Competencia y experiencia en trabajo con niños, niñas, adolescentes, familia y comunidad. Especialización y formación en áreas de primera infancia, maltrato infantil, abuso sexual, pericias de credibilidad y daño, violencia intrafamiliar, intervención en crisis y trabajo con víctimas en general.

Sanhueza C., Cynthia

Trabajadora social. Magíster en ciencias de la familia con mención en terapia familiar, Universidad de Santiago de Compostela, España. Profesional a cargo de los programas de protección especializados en maltrato y abuso infantil del SENAME.

Santander R., Sylvia

Médico cirujano de la Universidad de Chile. Diploma en bioética, P. Universidad Católica de Chile. Magíster en psicología de la adolescencia, menciones biomédica y psico-educación, Facultad de Psicología UDD. Candidata a doctora en ciencias de la educación, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Miembro del directorio de la Sociedad Chilena de Adolescencia. Encargada del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y jefa del Departamento de Ciclo Vital, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Tapia A., Andrés

Psicólogo clínico de la P. Universidad Católica de Chile. Especialista en psicodiagnóstico con técnicas proyectivas. Diplomado en psicología jurídica, especialización en evaluación forense. Coordinador del Servicio Fonoinfancia, Fundación Integra.

Valdebenito H., Lorena

Psicóloga de la Universidad de Chile. Postítulo en psicoterapia estratégica breve del Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Experta en violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual. Consultora de UNICEF en protección de derechos, violencia de género y abuso sexual.

8.2. Declaración de conflictos de interés

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

El desarrollo y la publicación de la presente guía han sido financiados con fondos estatales y ha contado con fondos de UNICEF para su edición.

8.3. Revisión sistemática de la literatura

Se realizó una búsqueda amplia de estudios científicos publicados sobre las materias evaluadas, utilizando las palabras claves para obtener respuestas a los temas y preguntas identificadas. Las bases de datos consultadas fueron:

- ◆ Guías clínicas y estudios disponibles, a través de Tripdatabase
- ◆ National Guideline Clearinghouse, National Institute of Health, USA
- ◆ Cochrane Database of Systematic Reviews
- ◆ Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) (base de datos producida por el UK NHS Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York)
- ◆ Medline (base de datos de la National Library of Medicine de EE.UU.)
- ◆ LILACS (base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

Los idiomas fueron inglés y español, y se evaluaron los estudios con abstracts disponibles para una primera selección. Se privilegió el análisis de guías clínicas que respondieran a los estándares de AGREE Collaboration, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados.

8.4. Formulación de las recomendaciones

Se mantuvieron reuniones de trabajo con expertos tanto de UNICEF, SENAME, Justicia, ONG Opción, Sociedad de Psicólogos Clínicos, como del sector salud, Representante de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, profesional del Ciclo Vital, DIPRECE, con el objeto de ir consensuando los alcances de la guía.

8.5. Vigencia y actualización

Plazo estimado de vigencia de la guía: dos años desde la fecha de publicación. Esta guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante y, como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.** Child Protection Council of NSW, “Abuso sexual a menores, a menudo ocurre más cerca del hogar de lo que se piensa”, Australia, 1995.
- 2.** ACHNU- PRODENI para SENAME, Estudio “Género, infancia y maltrato”, mayo de 2007.
- 3.** Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en resolución 44/25, 20 de noviembre de 1989.
- 4.** Organización Mundial de la Salud (OMS), Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.
- 5.** Barudy J., Neuropsiquiatra, “El dolor invisible de la infancia. Una lectura sintética del maltratado mundo infantil”, PAIDOS, 1998.
- 6.** Pereda, N., Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores. Tesis doctoral, 37 p., Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, 2006.
- 7.** Gorey K.M. & Leslie D.R., The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, Vol 21, N° 4. Abstract 7, abril de 1997.
- 8.** Vizcarra, M.B.; Cortés, J.; Bustos, L. *et al.* Maltrato infantil en la ciudad de Temuco: Estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev. Méd. Chile*. [online]. dic. 2001, vol.129, no.12 [citado 07 Abril 2008], p.1425-1432. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001200008&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.
- 9.** Ysern, J. y Becerra, P., Abuso sexual: Prevalencia y características en jóvenes de 3º medio de liceos municipalizados en Chillán, *Teoría*, Vol. 15, N° 001. pp. 79–85, Chile, 2006.
- 10.** Fiscalía Nacional, Boletín Estadístico Fiscalía Nacional, 2010.
- 11.** Ministerio de Justicia, Estadísticas Nacionales de Delitos Sexuales, 2005.
- 12.** González, E. 1; Martínez, V. 2; Leyton, C. 3; Bardi, A. 3, Características de los abusadores sexuales, *Rev. Sogia* 11(1):6-142004.
- 13.** Almonte, C.; Insunza, C.; y Ruiz, C., Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría* [online], enero de 2002, vol.40, no.1 [citado 31 Marzo 2008], p.22-30. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100003&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.

14. Pereda, N; Polo, P; Grau, N; Navales, N.; y Martínez, M., Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista estudios de la violencia*, marzo de 2007. Número 1. En Internet: <http://www.icev.cat/>
15. Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile, Detección y análisis de la prevalencia intrafamiliar: Violencia sexual antes de los 15 años (mujeres entre 15 y 45 años RM y IX Región), 2001.
16. Del Campo, A., Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia, incidencia y factores de riesgo. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria* 2003; 5:629–41.
17. Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría, Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar. Arch Argent Pediatr* 2007; 105(4):357–67.
18. Felzen, C., Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364:462–70.
19. Kellogg, N. & the Committee on Child Abuse and Neglect, The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116(2):506–12.
20. Kendall, Tackett, Williams & Finkelhor, 1993, citado en SENAME, 2004.
21. Bernet, W. & Corwin, D., An evidence-based approach for estimating present and future damages from child sexual abuse. *J Am A Psych Law* 2006; 34:224–30(11).
22. Holmes, W. & Slap, G.B., Sexual abuse of boys. Definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *JAMA* 1998; 280(21):1855–62.(12).
23. Ministerio de Salud de Chile, Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, 2004.
24. ACHNU PRODENI-SENAME, Estudio “Género, infancia y maltrato”, mayo de 2007.
25. SENAME, Bases técnicas de Línea programas. Programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM).
26. Ludwig, S., Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. *Arch Pediatr Urug* 2001; 72(S):S45–S54.(2).
27. Cantón, J. y Cortes, M.del.R., Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. *Universidad de Granada, 2ª Edición, Psicología Pirámide*, 2006.
28. Kisiel, C.L. & Lyons, J.S., Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am Psychiatric* 2001; 158: 1034–39.
29. Ministerio de Salud de Chile, Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, abril de 2004. (5)
30. Hinds, A. & Baskin, L.S., Child sexual abuse: What the urologist needs to know. *Universidad de California, San Francisco California*, 1999(162): 516–23
31. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado, Intervenciones en casos de abuso sexual en estado de crisis, 1996.

32. Roa, A.; Rehnfelat, M. et al., Manual para la intervención en caso de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes, Asunción, Paraguay, 1998.
33. Seminario de Prevención y detección temprana del abuso infantil, disponible en <http://www.inocenciainterrupta.net/brindarapoyo/primerasintervenciones>
34. Gil, E., The healing power of play: working with abused children, New York: The Guildford press, 1991.
35. Cantón, J. y Cortés, M^a.R., El abuso sexual en la infancia, 2000.
36. Arruabarrena, M^a.I., Evaluación y tratamiento familiar. En J. de Paúl y M^a.I. Arruabarrena (Eds.), Manual de protección infantil (pp. 312–24). Barcelona: MASSON, 1996.
37. Arruabarrena, M^a.I. y de Paúl, J., Maltrato a los niños en familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide, 1994.
38. Finkelhor, D. y Berliner, L., Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), pp. 1408–16, 1995.
39. Corbalán, M.E.; Espinosa, M.; y Martínez, J., “Terapia de grupo para niños maltratados”, Trabajo presentado en encuentro internacional de Psiquiatría de lactantes, niños y adolescentes, Punta del Este, Uruguay, noviembre de 1993. Disponible en: http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf
40. Gallardo, J.A., Intervención y tratamiento en el maltrato infantil. En M. Jiménez (Ed.), Tratamiento psicológico de los problemas infantiles (pp.291–307), Málaga: Aljibe, 1997.
41. Gallardo, J.A., Trianes, M.V. y Jiménez, M., El maltrato físico hacia la infancia, Universidad de Málaga: Servicio de Publicaciones, 1998.
42. Saunders, B.E.; Berliner, L. & Hanson, R.F. (Eds.), Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment (*Revised Report: April 26, 2004*), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004.
43. Ministerio de Salud de Chile, Informe final “Intervenciones en el ámbito de la prevención secundaria y terciaria: detección y tratamiento del abuso sexual en niños y niñas, Revisión sistemática de la literatura”, 2008.

Otra bibliografía revisada

- Cantón, J. y Cortés, M^a.R. (Eds.), Guía para la evaluación del abuso sexual infantil (pp.13–45), Madrid: Pirámide.
- Cornejo, L., Manual de terapia infantil gestáltica, Bilbao: Desclée de Brouwer, 1996.
- De Paúl, J., La violencia familiar. Conferencia impartida en la Universidad de Málaga. No publicada, 2000.

- Del Barrio, M.V., Tratamiento de la depresión infantil y juvenil. En M. Jiménez (Ed.), Tratamiento psicológico de los problemas infantiles (pp.147-64), Málaga: Aljibe, 1997.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C., Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores, Glaser, D. y Frosh, S. (1997), Abuso sexual de niños, Buenos Aires: Paidós, 2000.
- Jiménez, M., Tratamiento psicológico infantil: aspectos básicos. En M. Jiménez (Ed.), Tratamiento psicológico de los problemas infantiles (pp.15-48), Málaga: Aljibe, 1997.
- Tuma, J.M., Terapias clásicas aplicadas a niños. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). Psicopatología infantil (pp.487-508), Barcelona: Martínez Roca, 1993.
- Ullmann, E. y Werner, H., Infancia y trauma: separación, abuso, guerra, Madrid: Brand, 2000.
- Sinclair C., y Martínez J., Culpa o responsabilidad: Terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Documento en prensa facilitado por las autoras.
- SAVE THE CHILDREN, Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales.
- Fundación de la Familia - Ministerio de Justicia, Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas, Barcelona: Ariel, 2004.

ANEXO A

Niveles de evidencia y grados de recomendación

TABLA 1

NIVELES DE EVIDENCIA	
Nivel	Descripción
1	Ensayos aleatorizados
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos
4	Opinión de expertos

TABLA 2

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
Grado	Descripción*
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.
I	Insuficiente información para formular una recomendación.

* **A. Estudios de “buena calidad”:** en intervenciones, ensayos clínicos aleatorizados; en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar, adecuada descripción de la prueba y ciego. En general, resultados consistentes entre estudios o entre la mayoría de ellos.

B. Estudios de “calidad moderada”: en intervenciones, estudios aleatorizados con limitaciones metodológicas u otras formas de estudio controlado sin asignación aleatoria (ej. Estudios cuasi experimentales); en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte sin análisis multivariado, estudios de casos y controles; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar pero con limitaciones metodológicas. En general, resultados consistentes entre estudios o la mayoría de ellos.

C. Estudios de “baja calidad”: estudios descriptivos (series de casos), otros estudios no controlados o con alto potencial de sesgo. En pruebas diagnósticas, estudios sin gold estándar. Resultados positivos en uno o pocos estudios en presencia de otros estudios con resultados negativos.

I. Información insuficiente: los estudios disponibles no permiten establecer la efectividad o el balance de beneficio/daño de la intervención, no hay estudios en el tema, o tampoco existe consenso suficiente para considerar que la intervención se encuentra avalada por la práctica.

ANEXO B

Minuta sobre aspectos legales

Objetivo de la minuta

La creación de una guía clínica que instruya al mundo de la salud sobre la forma en que debe atenderse a una persona, niño, niña o adolescente menor de 15 años víctima de algún delito sexual, necesariamente aborda aspectos jurídicos-legales que son importantes de aclarar, para despejar dudas y temores que, razonablemente, pueden existir en aquel o aquella funcionario/a que recibe un caso de abuso sexual.

Por esta razón, y a fin de resolver dudas básicas sobre estos temas jurídicos, es que se elabora este glosario y preguntas y respuestas frecuentes, a modo de anexo de la guía clínica.

Medidas legales de protección

Las medidas de protección que se pueden establecer a favor de los niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales, pueden desagregarse en tres plataformas jurídicas:

Medidas de protección del Ministerio Público

Estas medidas son autónomas de dicha institución, son de urgencia y no requieren mayor tramitación. Son decretadas por los fiscales, utilizando el apoyo de las policías y de la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT). Los fiscales pueden directamente, y según el caso, ordenar patrullajes especiales en el domicilio de la víctima, establecer un punto fijo, entregar el teléfono del plan cuadrante, darle a la víctima un teléfono directo a la comisaría, entre otras medidas. La URAVIT, por su parte, puede entregar alarmas personales, reforzar puertas, ventanas, rejas o murallas, entregar apoyo psicológico y social, sacar a la víctima de su domicilio y llevarla a un hotel, caracterizar a la víctima para que no sea reconocida, entre otras medidas, todas las cuales —por supuesto— responden a una necesidad específica y a una evaluación del riesgo.

Medidas cautelares decretadas por Juzgados de Garantía

Estas medidas deben ser solicitadas en audiencia y, por tanto, eventualmente puede pasar mucho tiempo después de la denuncia antes que se decreten. Éstas se dividen en privativas y no privativas de libertad. La primera es la prisión preventiva y consiste en el encierro total del imputado durante un período determinado de tiempo. La segunda, en cambio, puede consistir en alguna de las que señala el artículo 155 del Código Procesal Penal:

- a)** La privación de libertad, total o parcial, en su casa o en la que el propio imputado señale, si aquella se encontrare fuera de la ciudad asiento del tribunal;
- b)** La sujeción a la vigilancia de una persona o institución determinada, las que informarán periódicamente al juez;
- c)** La obligación de presentarse periódicamente ante el juez o ante la autoridad que él designare;
- d)** La prohibición de salir del país, de la localidad en la cual residiere o del ámbito territorial que fijare el tribunal;
- e)** La prohibición de asistir a determinadas reuniones, recintos o espectáculos públicos, o de visitar determinados lugares;
- f)** La prohibición de comunicarse con personas determinadas, siempre que no se afectare el derecho a defensa, y
- g)** La prohibición de aproximarse al ofendido o su familia y, en su caso, la obligación de abandonar el hogar que compartiere con aquél.

Medidas de protección decretadas por Juzgados de Familia

Son aquellas medidas de protección decretadas en un proceso por vulneración de derechos, y consisten básicamente en terapias reparatorias, diagnósticos, entrega del cuidado personal del niño o niña a otra persona, entre otras medidas.

Preguntas y respuestas frecuentes

- 1.** ¿Qué es una denuncia?
Es un acto jurídico que consiste en poner en conocimiento de un posible delito, a la autoridad correspondiente. No es lo mismo que la querrela, pues la denuncia sólo cumple con la función de poner en movimiento el aparato estatal de persecución de delitos, en cambio la querrela es un acto formal que, además de tener los mismos efectos de la denuncia, hace que el querellante se haga parte del proceso, es decir, se convierte en un interviniente, lo que no necesariamente ocurre con la denuncia.
- 2.** ¿Estoy obligado a denunciar?
Sí. Quien está obligado a denunciar es el director/a del centro de salud respectivo y los profesionales de la salud en el plazo de 24 horas desde que se sabe de un posible delito cometido dentro del establecimiento, o que llega al conocimiento de sus funcionarios o de él/ella mismo/a. (artículos 175 -176 Código Procesal Penal).
- 3.** ¿Qué sucede si no denuncio?
Si el director del centro de salud no denuncia en el plazo indicado, comete una falta penada por la ley.

- 4.** Si el padre o madre del niño/a dice que sus lesiones no son de un abuso sexual, pero sospecho que sí pueden serlo, ¿qué debo hacer?

Denunciar. No se debe olvidar que los padres o no saben con exactitud lo que le ocurrió al niño/a o, bien, pueden estar encubriendo el delito. Ante sospechas serias, se debe denunciar.

- 5.** ¿Cuándo debo denunciar?

En el plazo de 24 horas desde que llega a conocimiento del funcionario/a del centro de salud.

- 6.** Soy funcionario/a, si tengo conocimiento de que es posible que se haya cometido un delito sexual, ¿a quién debo avisarle?

Debe poner en conocimiento de este delito al director/a del centro de salud de forma inmediata.

- 7.** ¿En qué plazo debo denunciar?

En el plazo de 24 horas desde que llega a conocimiento del funcionario/a del centro de salud.

- 8.** ¿Me pueden llamar a declarar?

Sí, eventualmente el fiscal puede requerir que usted declare si ha sido testigo de los hechos, del relato o ha ejecutado alguna pericia para el caso. También pueden llamarlo/a por la experticia que puede tener en un determinado asunto.

- 9.** ¿Quién puede llamarme a declarar?

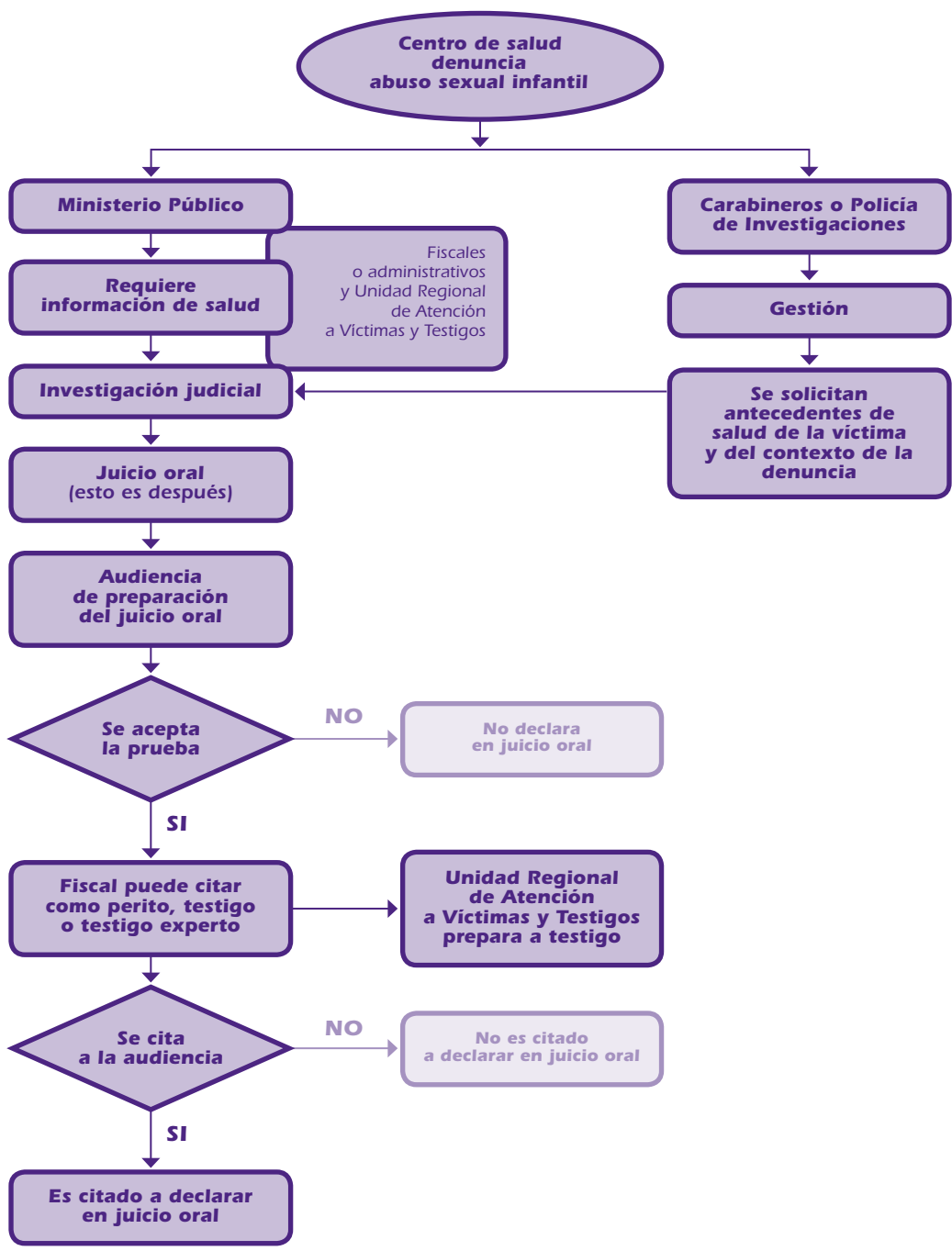
El fiscal a sus oficinas, el tribunal al juzgado. También es posible que la policía lo llame a una declaración, por orden del fiscal.

- 10.** ¿Cuánto tiempo gastaré en diligencias judiciales?

Es relativo. Si es citado/a a declarar a la fiscalía, entre una hora y dos horas aproximadamente. Si es citado/a por el tribunal, a un juicio oral, puede estar entre una hora o todo el día esperando su turno de declaración, dependiendo de la complejidad del caso y la estrategia del fiscal o defensor.



FLUJOGRAMA DE LAS FUNCIONES DEL CENTRO DE SALUD EN EL PROCESO LEGAL



ANEXO C

TABLA C1

SUGERENCIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL					
Datos disponibles				Respuesta	
Historia o relato	Síntomas conductuales	Examen físico	Otros test diagnósticos	Grado de presunción	Primera Respuesta
Relato claro	Presente o ausente	Normal o anormal	Tets (+) o test (-)	Alto	Primera respuesta
Relato vago o sin relato	Presente o ausente	Normal o no específico	Test (+)*	Alto	Primera respuesta
Relato vago o sin relato	Presente o ausente	Hallazgos específicos	Tets (+) o test (-)	Alto	Primera respuesta
Relato vago o sólo por padres o adultos acompañantes	Presente o ausente	Normal o no específico	Test (-)	Intermedio	Primera respuesta
Sin relato	Presente	Normal o no específico	Tets (-)	Intermedio	Seguimiento

Hallazgos físicos específicos

- ◆ Semen o líquido seminal en el cuerpo del niño/a
- ◆ Fisuras y laceraciones rectales
- ◆ Lesiones o evidencia de abuso en área genital
- ◆ Embarazo

Test (+)

- ◆ Cultivo(+) *Neisseria gonorrhoeae* (descartada transmisión vertical)
- ◆ Cultivo (+) *Chlamydia trachomatis* (descartada transmisión vertical)
- ◆ Serología (+) Sífilis (descartada transmisión vertical)
- ◆ Serología (+) VIH (descartada transmisión vertical o transfusional)
 - ▶ *Trichomonas vaginalis*
 - ▶ Herpes simple genital
 - ▶ Condiloma acuminado genital
 - ▶ Test de embarazo (+)

ANEXO D

Manifestaciones de la sexualidad infantil

Una de las primeras cosas que hemos de aprender respecto a un niño o niña es que su desarrollo es un proceso evolutivo, que pasa por diferentes etapas y cada una de ellas tiene sus necesidades y sus posibilidades (1).

En este sentido, la sexualidad es entendida como un proceso que se inicia desde el vientre de la madre y se desarrolla durante todo el ciclo vital. El desarrollo sexual infantil se encuentra enmarcado en el respeto a la corporalidad individual y la visualización de la sexualidad como una parte fundamental del desarrollo humano, integrada como parte del proceso de aprendizaje afectivo.

Asimismo, los especialistas en psicología infantil afirman que los niños y niñas son sexuados y que tienen un cuerpo que les da placer y curiosidad tocar, donde los juegos de proximidad física son sólo una forma de manifestarlo.

Otro aspecto esencial es el marco ecológico del desarrollo de la sexualidad. Una persona se desarrolla dentro de diferentes entornos, todos ellos aportan algo a ese desarrollo. El primero y principal es la familia, pero el grupo de iguales, la escuela, los medios de comunicación o la misma sociedad son factores esenciales a evaluar (1).

Por ello, es importante reconocer aquellas manifestaciones de la sexualidad que presentan los niños y niñas durante las distintas etapas del desarrollo infantil.

TABLA D1

EXPERIENCIAS SEXUALES TÍPICAS	
0 – 2 años	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Exploran las diferentes partes del cuerpo, incluso los genitales ◆ Experimentan placer genital. Desde el nacimiento los niños tienen erecciones y las niñas lubricación vaginal ◆ Son animados por la familia y el entorno para que desarrollen su identidad masculina o femenina ◆ Aprenden algunas conductas propias de los niños y las niñas ◆ Erección refleja ◆ Lubricación con la succión ◆ Masturbación ◆ Comienzan a desarrollar una actitud positiva o negativa respecto al propio cuerpo 	
2 – 8 años	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Manifiestan curiosidad por el embarazo y nacimiento ◆ Son conscientes y muy curiosos respecto a las diferencias corporales de género ◆ Juegan a los médicos, imitan actividades u otros juegos sexuales con los amigos y hermanos ◆ Hacen bromas respecto a la sexualidad ◆ Lenguaje sexual ◆ Masturbación ◆ Exhibicionismo ◆ Orgasmo ◆ Juego genital con pares 	
(8 – 12 años)	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se hacen más reservados y manifiestan deseos de tener vida privada ◆ Masturbación focalizada ◆ Orgasmo ◆ Juegos sexuales con pares de igual género ◆ Secreto de pensamientos propios ◆ Bromas sexuales ◆ Tienen fantasías sexuales y románticas ◆ Tienen sentimientos muy fuertes de enamoramiento o amistad con sus amigos, con otros adolescentes, con artistas o profesores, entre otros 	

Fuente: Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales, *Save the Children*.

ANEXO E

Indicadores de *screening* para apoyar el examen físico

Questionnaire for Child sexual abuse (Salvagni & Wagner)

- ◆ Curiosidad anormal por los genitales
- ◆ Miedo a ser dejado solo con una persona determinada
- ◆ Cambios emocionales o conductuales repentinos
- ◆ Abandono de hábitos de juego previo
- ◆ Heridas ano-genitales

