

Dra. Renata Dupuy Abiuso



Psiquiatra de la Infancia
y Adolescencia

Rut: 15.315.380-9 / RCM: 28706-7

Psiquiatría de Urgencia del Niño y Adolescente

Editor

Dr. Sergio Zamora Delgado

Jefe Servicio de Psiquiatría y Unidad de Corta Estadía
Hospital Luis Calvo Mackenna

Evaluación e intervención ante sospecha de abuso sexual

Ps. Evelyn Ernst Barra, Ps. Maysa Ferreira F.

“No nos equivoquemos, es la mirada del adulto la que transforma los juegos eróticos de los niños, ambiguos e inocentes, en juegos prohibidos, la que corrompe la manifestación de ambigua curiosidad, los deseos de ternura y sensualidad, la necesidad de afecto y protección, en juegos de degradación y muerte” (Schinaia 2000).

La población víctima de maltrato y abandono es aquel segmento conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual y/o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos. Se reconocen 4 tipos principales de maltrato: físico, sexual, emocional y negligencia (UNICEF, 2006).

El abuso sexual es entendido como uno de los tipos de maltrato más dañinos en la infancia. La persona que es víctima presenta alta probabilidad de que genere un quiebre a nivel de aparato psíquico y en su línea de tiempo vital, dando cuenta, que en muchos casos la consecuencia posterior a una experiencia abusiva, es traumática. Es preciso referir, que diversos autores y las evidencias reflejan que el abuso sexual infantil es un problema grave que afecta a la sociedad, produciendo múltiples y severas consecuencias en el desarrollo infantil que pueden perdurar por toda la vida, generando un mayor riesgo de psicopatología en la adultez.

A nivel mundial, en cuanto a la prevalencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad.

En Chile, durante el primer trimestre del año 2017, se registró un aumento del 8,7% en los delitos sexuales, alcanzando 4.868 denuncias. En esta categoría, el delito de violación aumentó un 5,2% y el delito de abuso sexual un 10%. El balance trimestral también da cuenta de que el 74% de esta categoría de delitos corresponde a menores de 18 años y el 85% son mujeres. Es importante mencionar, que el total de denuncias registradas en el año 2017 alcanza una cifra de 18.690, registrando un aumento del 10% en cuatro años (Ministerio Público, 2017).

Desde una perspectiva psicoanalítica, numerosos son los autores que abordan el tema del abuso sexual infantil, coincidiendo en que ocurre la instalación del trauma en el psiquismo del sujeto vulnerado, representa una forma de violencia física, moral y psicológica y, por tanto, una vulneración a los derechos fundamentales, como la vida, la integridad personal y el libre desarrollo de la personalidad del sujeto transgredido. Es relevante considerar que lo traumático desarma aquello que en lo originario se había construido, llevando al límite el trabajo de la memoria que impone la represión en los procesos de subjetivación (Aceituno y Cabrera, en Cabrera, 2014).

De acuerdo a Berliner (2000), el abuso sexual infantil incluye cualquier actividad de tipo sexual con un niño, sin consentimiento o éste no puede ser dado. Incluyen los contactos sexuales que se producen a través del uso de la fuerza o la amenaza, independiente de la edad. Los actos sexualmente abusivos pueden incluir penetración sexual, tocaciones de carácter sexual o actos sexuales sin contacto físico como exposición o voyerismo. Es importante relevar que en la dinámica del abuso sexual, se produce una

transgresión en la intimidad del cuerpo, donde un adulto se presenta desde su propia sexualidad, dominio y seducción.

A lo anterior, el National Center of Child Abuse and Neglect (citado en Save the Children, 2001), agrega que el abuso sexual infantil también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o, cuando el agresor, está en una posición de poder o control sobre otro niño. Lo que resulta significativo es que se establece que lo abusivo estaría dado en las características de la relación, más que en las condiciones particulares de cada individuo.

Desde la perspectiva de Barudy (1999), coincide con que el abuso sexual infantil es un proceso relacional. El abusador saca provecho de la dependencia emocional del niño y manipula la confianza que este ha depositado en él. En esta relación caracterizada por la explotación y el abuso de poder, el adulto busca su propia gratificación sin tomar en consideración el bienestar de su víctima.

Un concepto imprescindible, al momento de abordar la problemática del abuso sexual, es el de traumatismo. Una definición general lo presentaría como todo acontecimiento de la vida del sujeto, caracterizado por su intensidad, por la incapacidad del sujeto de responder al él adecuadamente, por el trastorno y los efectos patógenos que provoca en la organización psíquica. El efecto de la imposibilidad de simbolizar el abuso sexual, deja al sujeto con fuertes sensaciones de un terror sin nombre y la percepción de que los recursos disponibles no alcanzan para proteger al psiquismo, de un presente desorganizante (Calvi, 2009).

En nuestro Hospital Luis Calvo Mackenna, existe desde el año 2013 un protocolo, que es un documento que permite afrontar institucionalmente los casos de maltrato y abuso sexual infantil.

Los objetivos principales del protocolo, son establecer un procedimiento único de actuación frente a situaciones de maltrato o abuso sexual infantil detectadas y favorecer la generación de

acciones que tiendan a la protección de niños, niñas y/o adolescentes afectados por situaciones de maltrato y/o abuso sexual.

Dentro del protocolo antes señalado, se crea el Comité de Protección de niñas, niños y adolescentes. Este Comité tiene como objetivos intervenir de forma coordinada, multidisciplinaria e integral en las situaciones de maltrato y abuso sexual que afecten a los pacientes que reciban atención en modalidad abierta o cerrada en el Hospital, teniendo como marco de acción el Protocolo creado para dichos fines. Para esto debe procurar realizar las acciones que sean pertinentes para garantizar la protección de niños y niñas vulnerados en el ámbito de la sexualidad e integridad física y psicológica.

El Comité de Protección, a partir del protocolo que lo rige clasifica los casos en:

A. Baja sospecha: Pacientes con indicadores inespecíficos. Cuando un miembro del equipo de salud del hospital identifica una situación como esta, a través de examen físico y/o entrevista al paciente afectado, debe notificar a alguno de los asistentes sociales del programa de MI – ASI mediante interconsulta o contacto directo. El profesional que plantea la sospecha debe elaborar un informe médico para que sea presentado en su oportunidad por el asistente social al Comité de Maltrato y Abuso Sexual Infantil del Hospital y, eventualmente, en Tribunal de Familia y/o Fiscalía si la sospecha persiste.

B. Alta sospecha: Pacientes con indicadores altamente sugerentes (ITS, embarazo, fracturas sin explicación, etc.). La sugerencia del Comité será siempre la denuncia directa y para ello se debe contactar, en primera instancia, a Asistente Social del Comité, quien realizará las acciones de evaluación y denuncia respectivas. El profesional que detecta una situación de abuso o maltrato de alta sospecha debe elaborar un informe respectivo.

C. **Abuso sexual evidente o violación:** Se trata de situaciones de ocurrencia reciente (menos de 48 hrs.), generalmente diagnosticadas en la Unidad de Urgencias. La vía de enfrentar el caso será la derivación al Servicio Médico Legal y Carabineros. Lo anterior, con la finalidad de preservar evidencia y asegurar la cadena de custodia. Posteriormente se debe notificar el caso al Comité.

Actitud del equipo de salud frente a una sospecha de abuso sexual

Estar frente a una situación de este tipo, puede generar diversas emociones, en ese sentido es importante que el personal de salud, conscientemente ponga énfasis en mantener un trato digno, respetuoso y confidencial.

Es recomendable presentar una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de lo sucedido, ya que nuestra labor es cuidar el bienestar del niño, niña y/o adolescente. Es importante que la víctima se sienta acogida desde que ingresa al Servicio de Urgencia y que la atención clínica sea lo más inmediata posible. Es necesario crear una atmósfera de confianza y respeto en que la persona se sienta escuchada, comprendida y respetada.

Es ideal contar con un espacio físico adecuado, a modo de brindar un lugar; sin intromisiones externas, en un ambiente cómodo y favorecedor del proceso de empatía entrevistador-entrevistado. Para evitar la estigmatización estos espacios no deben ser identificados en forma específica.

Cabe destacar, la importancia de escuchar sin alarmarse, escribir textualmente lo que el niño, niña y/o adolescente relata, sin cuestionarlo, ni preguntarle si es verdad lo que está relatando (creer en el relato). Mantener la escucha activa. La primera acogida influye directamente en la disminución de los efectos de la victimización secundaria.

Finalmente, tomar medidas que contribuyan a la protección y desarrollo biopsicosocial del niño, niña y /o adolescente.

Indicadores físicos específicos sospecha abuso sexual (6).

Si bien la presencia de estos indicadores da cuenta de un probable abuso sexual, están ausentes en la mayoría de los casos. Es importante considerar que la ausencia de indicadores físicos específicos no descarta la posibilidad de que haya ocurrido un abuso sexual.

Se considera indicadores físicos específicos a los siguientes:

- Lesiones en zonas genital y/o anal
- Diámetro del himen mayor que 1 cm
- Desgarros recientes o cicatrízales del himen
- Desgarro de la mucosa vaginal
- Dilatación anal y esfínter anal hipotónico
- Sangrado por vagina y/o ano
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado (asociadas a hallazgos anteriores)
- Embarazo
- Infecciones genitales o de transmisión sexual: Sífilis, Blenorragia, SIDA no preexistente al momento del nacimiento, Condilomas acuminados (conocidos como verrugas genitales), Flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales (clamidia, tricomonas) en la flora normal del niño/a.

Las enfermedades de transmisión sexual (6): Cuando un niño o niña menor de 12 años sin vida sexual activa, padece una enfermedad de transmisión sexual, hay que sospechar que pudo haberse contagiado debido a abusos sexuales, ya que la única vía de contagio es el contacto directo con una persona infectada.

Los gérmenes causantes de enfermedades de transmisión sexual altamente relacionados con la posibilidad de abusos sexuales son:

- *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea, blenorragia)
- *Trichomona vaginalis*: altamente asociada a abusos en niños/as mayores de 1 año, en menores puede corresponder a una infección originada en el momento del parto.
- *Treponema pallidum* (sífilis): está fuertemente asociada a la posibilidad de abusos cuando no es congénita.
- *Chlamydia trachomatis*: está altamente asociada a abusos sobre todo en niños/as mayores de 3-4 años; si son menores puede deberse a una infección transmitida por la madre durante el parto ya que el germen puede sobrevivir durante esa cantidad de años.
- Virus de inmunodeficiencia adquirida: altamente asociado a la probabilidad de abuso siempre que se pueda excluir la posibilidad de transmisión por vía materna y por transfusiones.
- Virus del Herpes tipos 1 y 2: están asociados a abusos aunque en niños/as pequeños/as con infecciones herpéticas en las encías o en la boca pueden producirse auto contagios en la zona genital.
- Virus del papiloma humano (HPV): produce verrugas en la zona genital llamadas condilomas acuminados. Se transmite por vía sexual y por canal de parto. Raramente puede transmitirse por vía no sexual.

Indicadores físicos inespecíficos sospecha abuso sexual (6)

En este caso es significativo considerar la observación clínica y la realización de evaluación médica y psicológica, a fin de determinar a que podrían estar asociados este tipo de indicadores. Se relaciona a niños, niñas y/o adolescentes que no logran elaborar un relato de lo vivenciado, reflejando el trauma a través de manifestaciones del inconsciente.

- Ciertos trastornos psicossomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica.
- Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa, en especial cuando se asocian).

- Fenómenos regresivos como la enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños/as que ya habían logrado el control de esfínteres.
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable.

Indicadores psicológicos sospecha de abuso sexual (6)

Es importante que los trastornos señalados se evalúen teniendo en cuenta la edad y el nivel evolutivo del niño, niña y/o adolescente. Cabe destacar, que un indicador por sí solo no es concluyente de un posible abuso sexual, siendo imprescindible una evaluación de daño.

Los indicadores psicológicos pueden ser:

- Altamente específicos: la develación por parte del niño/a o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales.
- Síntomas emocionales: depresión, ansiedad, miedo generalizado, hostilidad, culpa, vergüenza, baja autoestima, rechazo hacia el cuerpo, dificultad para expresar sentimientos, entre otros.
- Síntomas conductuales: Aislamiento, temores repentinos, conductas autolesivas o suicidas, retrocesos en el comportamiento, conductas sexualizadas, consumo de drogas y alcohol, entre otros.
- Síntomas sexuales: Conocimiento y prácticas sexuales no esperadas de la edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, lenguaje sexualizado, entre otros.

Referencias

- 1.-Barudy, J. Maltrato infantil. Ecología Social: Prevención y reparación. 1999, Santiago. Editorial Galdoc.
- 2.-Berliner, L. What is sexual abuse?. En H. Dubowitz y D. Depanfilis (Eds.). 2000. Handbook for Child. Protection (pp. 18-22). Thousands Oaks, CA: Sage.
- 3.-Cabrera P. Construcciones. Clínica de lo traumático y figurabilidad. 2014. Ediciones publicaciones el Buen Aire S.A.
- 5.-Calvi B. Abuso sexual en la infancia: efectos psíquicos. 2009. Editor: Buenos Aires.
- 6.-Intebi I. Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/sospechasabusoinfantil.pdf>
- 7.-Manual de capacitación básico en enfrentamiento de casos de maltrato y Abuso Sexual Infantil. 2014. Hospital Luis Calvo Mackenna.
- 8.-Ministerio Público. Fiscalía de Chile. Disponible en: <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/salaprensa/noticiasdet.do?noticiald=12915>
- 9.-Organización Mundial de la Salud. 2003. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington. Estados Unidos.
- 10.-Save the Children. Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales. 2001. España. Disponible en: <http://unicef.cl/web/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-analisis-comparativo-1994-2000-2006-2012/>
- 11.-UNICEF. Protección infantil contra el abuso y la violencia. 2006. Disponible en: <http://unicef.cl/web/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-analisis-comparativo-1994-2000-2006-2012/>