



Universitas Psychologica

ISSN: 1657-9267

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Rodríguez Cely, Leonardo Alberto
Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil
Universitas Psychologica, vol. 2, núm. 1, enero-junio, 2003, pp. 57-60
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64720108>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

LEONARDO ALBERTO RODRÍGUEZ CELY*
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo dar a conocer los aspectos de intervención interprofesional en los casos de abuso sexual infantil, en el contexto colombiano. Para ello se presenta una revisión actualizada de la intervención de las áreas de psicología, medicina forense, derecho y trabajo social, haciendo énfasis en la evaluación y la intervención en crisis. El estudio muestra la importancia de articular las funciones de los profesionales que atienden estos casos.

Palabras clave: psicología forense, medicina forense, abuso sexual infantil.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the aspects of inter-professional participation in cases of sexual child abuse (S.C.A.) in the colombian context. To do so, an updated revision of the activities of practitioners of Psychology, Forensic Medicine, Law, and Social Work is reviewed. Stress is made in the assessment and participation in times of crisis. The study shows the importance of coordinating the functions of professionals who take care of these cases so as to design integral assessment and participation programs for S.C.A.

Key words: Forensic psychology, forensic medicine, sexual child abuse.

* Correo electrónico: lacely@javerian.edu.co

I. Consideraciones generales

El abuso sexual infantil se enmarca dentro de la problemática global del "maltrato infantil". Si bien se han realizado numerosos estudios al respecto, es importante aclarar que las estadísticas hacen referencia a los pocos casos que han sido denunciados en Medicina Legal y en otras instituciones, debido a las condiciones y efectos ligados a dicha problemática.

Algunas estadísticas referidas al porcentaje de denuncias son ofrecidas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (CRNV) (1999), el cual reportó a nivel nacional (incluyendo a Bogotá) 11.791 reconocimientos médicos para delitos sexuales en 1998, observándose un incremento de 4.8% (572) con respecto al año anterior. La tasa anual también se incrementó, pasando de 28 a 29 casos por cada 100 habitantes. Del total de reconocimientos, 9.966 (84.5%) correspondieron a menores de edad, encontrándose las mayores tasas en los grupos de 10 a 14 años (83 x 100.000), 15 a 17 años (71 x 100.000), y 5 a 9 años (62 x 100.000). Vale la pena aclarar que los menores de 4 años de edad siguen estando entre los más afectados, pues debido a su nivel de desarrollo evolutivo presentan limitantes para la queja y la denuncia. Este grupo probablemente sea el que acumula el mayor número de casos no reportados, debido a sus condiciones de indefensión, a su nivel de dependencia del adulto, y a su limitación para identificar y denunciar el hecho.

Otros porcentajes importantes son los referidos a las evaluaciones. De éstos se tiene que entre 1995 y 1998 más del 87% de los dictámenes se realizaron al género femenino (1995: 87%, 1996: 88%, y 1997: 87%); sin embargo, para 1999 este porcentaje bajó al 70%, observándose un incremento en los casos evaluados en el género masculino.

Del total de dictámenes realizados en Colombia (sin incluir a Bogotá) a menores de 15 años (6.190), en el 100% de los casos se identificó el tipo de agresor, correspondiendo el 33% a un familiar (padre, padrastro, tío, primo, etc.), el 46% a otro conocido (para la víctima o para la familia) y el 21% a un desconocido.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), una de las entidades que recibe denuncias sobre Abuso Sexual Infantil (ASI), también reportó algunas estadísticas útiles sobre la incidencia de esta problemática. Según dicha entidad, a inicios del año 2000 se ubicaron alrededor de 25.000 niños, niñas y jóvenes explotados sexualmente, de los cuales 14.400 han sido atendidos por esta institución en sus distintas modalidades.

Según los datos mencionados, se puede percibir que día a día aumenta el número de víctimas de ASI, lo que conlleva implicaciones individuales, familiares y socia-

les. El abuso sexual infantil representa uno de los más importantes problemas que atenta contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos.

Algunas implicaciones individuales tienen que ver con el proceso mediante el cual se descubre el ASI. Éste puede tener consecuencias a corto y largo plazo; además, podrá ser más o menos demorado y complejo, según el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado por el menor, lo cual determinará la extensión, gravedad y cronicidad de los efectos ocasionados. Por este motivo, este tema tiene gran relevancia interdisciplinaria, puesto que las víctimas requieren del apoyo de los profesionales con los que tienen contacto en este tipo de procesos, es decir, psicólogos, abogados, médicos forenses, trabajadores sociales, entre otros.

Si bien es cierto que la intervención interprofesional en crisis del ASI está en un proceso de construcción en el contexto colombiano, también es cierto que se pueden encontrar algunas instituciones que ofrecen la ayuda de diferentes profesionales encargados de atender los requerimientos de todo el proceso que se desencadena a partir de la denuncia. Entre estas instituciones se encuentran: el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía y las Comisarias de Familia.

Teniendo en cuenta este vacío de conocimiento, pero también los avances que se han realizado, hay que considerar el concepto de Abuso Sexual Infantil. El Standing Committee on Sexually Abused Children (1984), citado por Glaser y Frosh (1997), proporciona una definición de este concepto:

Cualquier niño por debajo de la edad de consentimiento puede considerarse como haber sido sexualmente abusado cuando una persona sexualmente madura, por designio o por descuido de sus responsabilidades sociales o específicas en relación con el niño, ha participado o permitido su participación en cualquier acto de una naturaleza sexual que tenga el propósito de conducir a la gratificación sexual de la persona sexualmente madura (19).

Esta definición es procedente así este acto contenga o no una coacción explícita, aunque exista o no contacto físico o genital, sea o no iniciado por el menor, y aunque el efecto dañino a corto plazo sea o no discernible.

Glaser y Frosh (1997) aclaran que la "edad de consentimiento" a la cual se refiere la anterior definición no sólo abarca la edad cronológica de la persona, sino también la competencia de desarrollo (por ejemplo, el grado de conocimiento que tenga el niño sobre el significado

de un encuentro sexual) y la relación de poder en cuestión (por ejemplo, la confianza y la dependencia que tenga el niño con respecto al adulto).

El abuso sexual abarca una amplia gama de comportamientos y relaciones, que van desde el contacto físico con penetración, hasta aquellos más sutiles pero igualmente dañinos, siendo posible hablar de dos clases de abuso sexual: con contacto y sin contacto:

- a) Abuso sexual con contacto: incluye comportamientos que involucran el contacto físico con la boca, los pechos, los genitales, el ano, o cualquier otra parte corporal, cuando el objeto de dicho contacto es la excitación o satisfacción sexual del agresor. Este tipo de abuso incluye tanto el tocar y acariciar, como la penetración genital, anal u oral.
- b) Abuso sexual sin contacto: es aquél practicado a través de comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo, pero que sin duda repercuten en la salud mental de la persona. Se incluyen comportamientos tales como exhibirse con fines sexualmente insinuantes, masturbarse en presencia de un niño o una niña, producir material pornográfico con el menor, mostrarle material pornográfico, espiarlo mientras se viste o se baña, dirigirle repetidos comentarios seductores o sexualmente explícitos, y realizar llamadas telefónicas obscenas.

Estos dos tipos de ASI pueden presentarse a nivel intrafamiliar (el abusador es un miembro de la familia), a nivel extrafamiliar (hombres o mujeres ajenos a la familia que tienen el cuidado del menor), o personas extrañas que utilizan a los niños con fines eróticos o comerciales (Vargas et al., 1995).

Teniendo claro el concepto de abuso sexual infantil y algunas puntuaciones teóricas al respecto, se tratarán algunos aspectos que facilitarán la intervención en dichos casos. Cabe señalar que para que ocurra el abuso no necesariamente deben estar presentes todos y cada uno de los factores de riesgo relacionados a continuación, y tampoco su presencia indica que existe abuso. Según Vargas et al. (1995), dentro de los factores de riesgo se encuentran las características del abusador, las características de las madres de familia en las que existe un abusador, las características del niño abusado y los factores del contexto social que predisponen al abuso.

a) Características del abusador

Por lo común, los abusadores de niños tienen dificultades para establecer relaciones sexuales con adultos; muestran especial predilección por establecer relaciones sexuales con menores y obtienen gratificación sexual especialmente al interactuar con ellos; aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con parejas de

edad apropiada, pero ante ciertas circunstancias, como situaciones de tensión excesiva en las cuales su autoestima se ve amenazada, reaccionan impulsivamente utilizando como pareja sexual a un niño o una niña; interactúan con éstos como si tuvieran su edad y no de acuerdo con su edad real; pudieron haber sido objeto de abuso sexual, maltrato físico y/o emocional en su infancia; desean controlar y dominar a quienes interactúan con ellos; han acumulado rabia y encuentran en el niño un objeto perfecto para descargarla; abusan del alcohol u otras sustancias psicoactivas; se excitan y obtienen gratificación sexual provocando dolor y sufrimiento a otros en el contacto físico.

Ardila y Valencia (1999) hacen una distinción dentro del perfil del abusador; entre activo y pasivo.

El abusador pasivo se caracteriza por su dulzura, inocencia y abnegación hacia el infante; aparentemente se presenta como moralista y religioso, y emite mensajes de fragilidad asexual. Al entablar relaciones se muestra sumiso, tierno, simpático y con deseos de protección. Generalmente es una persona solitaria, que presenta comportamientos fóbicos y aversivos ante la sexualidad adulta. Además, se ha encontrado que generalmente han sido espectadores de relaciones extraconyugales por parte de sus figuras paternas, por lo cual utilizan a la víctima para compensar el abandono y el maltrato que sufrieron en la niñez.

El abusador activo utiliza la agresividad y la violencia; su actitud tiende a la expansión y al desprecio por el entorno social; muestra su voluntad de control y sometimiento a los otros reivindicando la arbitrariedad, el despotismo y la tiranía; la violencia verbal, física y psicológica aparece en forma de injurias y humillaciones; su comportamiento es osado, temerario y sin escrúpulos; filma y fotografía a los niños con fines pornográficos, exigiéndoles que participen y gocen sexualmente; les hace regalos y les da dinero.

b) Características de las madres que pertenecen a familias en las que existe un abusador

Las madres de los niños que han sido abusados sexualmente a nivel intrafamiliar, con frecuencia presentan pasividad, dependencia y sumisión; son sexualmente inhibidas; incapaces de proteger a sus hijos; promueven sutilmente el abuso sexual de sus hijos para evitar las exigencias sexuales de sus parejas hacia ellas o por temor a perder su apoyo económico (en los casos en que el compañero de la madre sea el abusador); se sienten incapaces de poder cuidar y criar a sus hijos sin el "apoyo" de un hombre; no tienen bien claros y definidos los límites entre ellas y sus hijos; han favorecido la inversión de roles con su hija (la hija actúa como si fuera la madre);

fueron víctimas de abuso sexual o de maltrato físico o psicológico durante su infancia; sufren maltrato físico y/o psicológico en su vida actual; tienen un concepto negativo de sí mismas, de su cuerpo y de su género; se les dificulta establecer una relación cercana y expresar físicamente el afecto a sus hijos; temen que los vecinos, familiares y amistades se enteren de todo lo que sucede en su casa. Generalmente aparentan que todo anda bien por temor al qué dirán. Hacen que en su hogar impere la "ley del silencio".

c) Características de los niños o las niñas abusados

Cualquier niño puede ser víctima potencial de abuso sexual, dado su desconocimiento del tema, su impotencia y dependencia. Sin embargo, existen algunos factores que hacen más vulnerables a ciertos niños que a los demás: la edad y el sexo, los cuales interactúan con las preferencias del abusador; la mayor curiosidad que muestran los niños y las niñas hacia aspectos sexuales, ya sea porque su propio desarrollo los hace más inquietos y cuestionadores, o porque han sido expuestos desde muy temprano al comportamiento sexual de los adultos. Esto no significa que los niños tengan responsabilidad por haber sido objeto de abuso sexual, o que hayan seducido y propiciado el abuso. Como dicen Glaser y Frosh (1997), sin importar cuáles sean las fantasías o los deseos que los niños puedan tener, son los adultos quienes deciden si éstos serán los objetos de sus encuentros sexuales, ya que ellos tienen poder sobre los niños y pueden definir y manipular esos deseos según su elección.

Entre el perfil del niño abusado propuesto por Vargas et al. (1995), también se encuentran aquellos menores que son fácilmente manipulables, que su autoestima es negativa y están necesitados de atención y afecto, tienen un vínculo afectivo estrecho con sus padres y/o tienen una mala relación con ellos, son muy pequeños o discapacitados física o intelectualmente, han sido educados por adultos autoritarios que los obligan a obedecer sin cuestionar las imposiciones de los mayores, y no saben lo que es el abuso sexual ni la manera de evitarlo o afrontarlo.

d) Contexto social

Por lo común, el ASI se presenta en sociedades machistas en las que se considera que los adolescentes tienen "derecho" a iniciarse sexualmente con las niñas que trabajan como empleadas domésticas, y en culturas que aceptan que el padre inicie sexualmente a sus hijas, alegando que tienen derecho a prepararlas para cuando encuentren su pareja. Las familias donde hay un niño abusado sexualmente son familias aisladas socialmente, en las que existe un padrastro o madrastra con quien el

niño no ha establecido un vínculo afectivo estrecho o con quien sostiene una mala relación; en las que la comunicación es deficiente y no se cuenta con la habilidad para resolver conflictos en forma efectiva; no hay respeto por la individualidad, la intimidad y la privacidad de sus miembros; se descalifica al menor y no se cree en su palabra; son patriarcales, centradas en la autoridad del hombre de la casa; algunas veces el niño o la niña ha permanecido por algún tiempo lejos del padre o de la madre y por tanto no tiene una relación estrecha con él o con ella; el menor no está involucrado emocionalmente con el padre o la madre; el padre o la madre castigan al niño o la niña cuando manifiesta curiosidad por aspectos sexuales o cuando explora su cuerpo; los padres establecen muy poco o demasiado contacto físico para demostrar afecto al menor.

Además de estos factores, Ardila y Valencia (1999) identifican otros dentro de los cuales se encuentran la falta de supervisión adecuada de los hijos por parte de sus padres, en donde los niños son dejados bajo el cuidado y la supervisión de un extraño, y el hacinamiento que obliga a los niños a compartir el cuarto o la cama con sus padres o hermanos.

Otros factores de riesgo asociados al ASI, mencionados por Vargas et al. (1995), son los que hacen referencia a las características de la situación, entre las cuales se encuentran los momentos de extrema tensión o crisis a nivel familiar, y la mala relación de pareja, la cual se reconoce, entre otras cosas, porque la madre no está dispuesta o se niega a tener relaciones sexuales con su compañero.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo, vale la pena mencionar también los indicadores de ASI. Glaser y Frosh (1997) proponen una lista de signos y síntomas que están divididos en tres aspectos principales: manifestaciones físicas, respuestas emocionales y conductuales, y pautas de relaciones familiares.

Las manifestaciones físicas incluyen dolor o molestia vulvo-vaginal, hemorragia vaginal en niñas prepúberes, laceración genital, hematomas en el área genital, agrandamiento del orificio vaginal, himen cicatrizado, descarga vaginal, esfínter anal laxo o inflamado, hemorragia rectal, retención de heces o heces verdosas, molestia al orinar, infecciones urinarias recurrentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

Las manifestaciones emocionales y conductuales comprenden la preocupación sexual explícita o frecuente en la conversación o en el juego, sexualización de las relaciones, conciencia sexual prematura, actitud aprehensiva hacia los hombres, masturbación, indicios de posesión de secretos, huida del hogar, intentos de suicidio, problemas psiquiátricos infantiles y dificultades en el aprendizaje.

Las pautas de relaciones familiares abarcan algunos factores nombrados en el contexto social.

La manifestación de estos índices varía en frecuencia e intensidad, según el tiempo que se lleve presentando el abuso y el número de veces que haya ocurrido, dado que por lo general, según Soria y Hernández (1994), el abuso sexual infantil no es fruto de un único acto, sino que conlleva a repetidos abusos en el tiempo, pudiendo alcanzar meses o años de la vida del niño. La coacción física no parece ser el elemento clave en el ASI, pero sí la psicológica. Ésta se establece en función de tres ejes: autoridad, secreto e indefensión.

La autoridad hace referencia a que el agresor suele ser una persona de confianza del menor, mayor que él o adulta, por lo cual suele disponer de una autoridad moral implícita. Al niño se le plantea la necesidad de creer que lo que sucede es normal y aceptable porque lo dice el agresor, motivo por el cual el niño adquiere un sentimiento de culpa si no reacciona como se espera de él.

El secreto se refiere a que una vez el agresor pide al niño que no lo comente con nadie, a éste se le plantea otro dilema pues, por un lado, romper el secreto significa violar una de las creencias básicas de la infancia que, además, traería consecuencias negativas para él o para las personas que le rodean (debido a las amenazas que el abusador suele hacer a su víctima de hacer daño a su familia en caso de que comente lo ocurrido). Por otro lado, el niño siente la necesidad de contar lo que le ha sucedido, pues requiere el apoyo de un adulto que lo pueda proteger.

La indefensión es aprendida con el paso del tiempo y es fruto del miedo inducido. El niño ha aceptado la situación, al tiempo que se ve incapaz de actuar delante de ella para cambiarla, aunque pudiera. Dos factores agravan el proceso: la dificultad para narrar los hechos (la forma de hacerlo y a quién, puesto que desconfía de los adultos) y su desarrollo evolutivo a nivel psicológico que le puede impedir entender qué está bien y qué está mal.

Aunque se han descubierto factores de riesgo, indicios para la detección de casos y hay diversas formas de informarse sobre el abuso, Vargas et al. (1995) afirman que actualmente existe mucha resistencia a reconocer la existencia de casos de ASI y un gran desconocimiento de la problemática. Esto es de entender, teniendo en cuenta el tipo de víctima a la cual afecta, las circunstancias en las que el abuso se presenta (fuerza, secreto y tortura psicológica), y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, existe otro obstáculo que impide la denuncia e intervención a tiempo, relacionado con los "mitos del abuso sexual infantil", que indican cierto nivel de ignorancia respecto al tema. Algunos de estos mitos son:

- a) El abuso sexual se reduce a casos excepcionales.
- b) El abuso sexual sólo se presenta en familias de escasos recursos y sin educación, o bien en comunidades aisladas y sumidas en el atraso.
- c) Quienes abusan sexualmente de un niño son enfermos mentales o pervertidos sexuales. En la mayor parte de los casos los abusadores no son locos ni enfermos, sino personas normales que sufren deficiencias en la socialización, es decir, que no poseen valores morales o no saben controlar sus impulsos.
- d) El abuso sexual es producto de una situación de privación sexual. La mayoría de los abusadores llevan una vida sexual activa; buscan niños por la sensación de poder y control que les proporcionan, o por el amor incondicional y no amenazante que solo los niños pueden ofrecer.
- e) Los adolescentes y algunos niños son seductores, por lo cual son parcialmente responsables del abuso. Es natural que los menores pongan a prueba sus impulsos sexuales con las personas en las que confían, pero son los adultos los responsables de involucrar a los niños en el acto sexual.
- f) La mayoría de los casos de abuso sexual no son ciertos; se trata de fantasías sexuales de los niños. La negación es uno de los principales mecanismos de defensa que utilizan algunas personas cuando no quieren reconocer una realidad; el resultado de esta actitud es que, cuando las víctimas vencen el temor de hablar, no se les cree, negándoles así la posibilidad de recibir ayuda. También es cierto que la mayoría de las veces los niños dicen la verdad, pero en estos casos suelen callársela.
- g) Es común que el abusador sea un extraño y no alguien a quien el niño conoce. La mayoría de los casos de abuso son cometidos por un conocido, en quien la víctima confía y que incluso ama.
- h) El niño no denuncia que está siendo víctima de abuso porque lo disfruta y siente placer. Algunos niños sienten placer, pero no disfrutan la situación; por el contrario, sienten mayor culpabilidad y vergüenza al identificar que el comportamiento es inadecuado pero agradable.
- i) El abuso sexual es un incidente individual aislado. Al descubrirse el abuso, casi siempre se advierte que se ha presentado durante meses, e incluso años; sin embargo, se ha mantenido en secreto pues el abusador utiliza amenazas y sobornos para que el niño no lo delate.
- j) Sólo lo sufren las niñas. Son muchos los niños que viven esta experiencia.
- k) Los efectos del abuso sexual infantil casi nunca son graves. Los efectos dependen de muchos factores

(tipo de conducta, relación entre agresor y víctima, edad de la víctima, etc.).

- l) Los abusos siempre van acompañados de violencia física. Esto es poco frecuente, pues los agresores casi siempre se sirven de otras estrategias para imponer a la víctima su voluntad.

II. Papel de la psicología

Teniendo en cuenta el impacto negativo que genera el ASI en sus víctimas y en las personas que las rodean, se considera de vital importancia brindar atención psicológica adecuada y a tiempo para amortiguar la crisis desencadenada a partir de dicho impacto.

Se entiende por crisis un estado pasajero de intensa carga emocional generado por la dificultad de evaluar objetivamente las circunstancias, y por la incapacidad para manejar la situación, es decir, para tomar decisiones. Sus sentimientos característicos son miedo, angustia, impotencia o rabia, ya que hablar del tema puede significar un conflicto o rechazo familiar, la prisión para el agresor, entre otros (Vargas et al., 1995).

Todas las personas pueden estar expuestas en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis, caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. Algunas crisis se limitan al proceso natural de maduración; sin embargo, muchas otras son completamente impredecibles, y son denominadas "crisis circunstanciales" (Slaikev, 1996). A este último grupo pertenecen las crisis generadas por el ASI.

En las crisis circunstanciales, el suceso precipitante tiene poca relación con la edad del individuo o etapa de desarrollo; pueden afectar a cualquiera y se caracterizan por ser trastornos repentinos que requieren atención inmediata, ya que pueden amenazar el bienestar físico y psicológico.

A pesar del peligro que representan las crisis, también pueden brindar una oportunidad de beneficio y crecimiento personal, ya que exigen nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para examinar y reelaborar problemas. Por esta razón, una crisis puede dar al individuo una posibilidad de salir mejor dotado de lo que estaba antes que la crisis ocurriera, y de esta manera afrontar el futuro de una forma más adecuada (Slaikev, 1996).

El estado de crisis tiene tres características fundamentales: está limitado en el tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, y puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de etapas, según las cuales la crisis se elabora o no de manera adecuada.

La primera de estas etapas, según Horowitz (1976), citado por Slaikev (1996), hace referencia al "desorden" que incluye las reacciones iniciales en el impacto del suceso. La siguiente etapa es la de "negación", que conduce a la reducción del impacto y puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, a no pensar en lo que pasó, o a la planeación de actividades como si nada hubiera pasado. La tercera etapa es la "intrusión", e incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor que surgen acerca del suceso, las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado. La siguiente etapa corresponde a la "translaboración", que es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos procesan estas experiencias en una forma natural, en tanto otros necesitan ayuda externa. Por último, se encuentra la etapa de "terminación", la cual conduce a una integración de la experiencia de crisis dentro de la vida del individuo; aquí, el suceso ha sido enfrentado, los sentimientos o pensamientos se identificaron y expresaron, y la reorganización ha sido iniciada.

Sin embargo, la resolución final de la crisis depende de numerosos factores que incluyen la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencias con crisis anteriores, etc.) y los recursos sociales con que cuenta.

Una forma diferente de clasificar las etapas que se generan en la situación de abuso sexual es la referida al estrés postraumático, el cual es definido en el boletín del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia o CRNV (1999), como:

El conjunto de síntomas posteriores a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, durante el cual el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro o amenaza para su vida o integridad física; dentro de estos hechos se encuentra el abuso sexual infantil. La respuesta del sujeto a este acontecimiento incluye temor, desesperanza y horror intenso, y específicamente en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado (24).

Algunos elementos clave que potencian los efectos traumáticos del ASI (Soria y Hernández, 1994), son: la duración temporal del abuso, la dificultad en la adaptación psicosocial del menor a los efectos del abuso, el escaso apoyo emocional y la falta de protección por parte de la familia, los efectos derivados de la segunda victimización o inducidos por los profesionales dispuestos para el apoyo de la víctima, la existencia de un abuso físico y/o explotación económica, la violencia elevada ejercida por el adulto, y que el agresor sea afectivamente próximo al niño.

De acuerdo con Vargas et al. (1995), la intervención en casos de ASI en estado de crisis es un proceso que

busca informar, apoyar y proteger a la víctima, así como estabilizar a su familia, para que regrese al nivel de funcionamiento anterior a la crisis. El propósito de la intervención en estado de crisis es que la víctima logre reducir su tensión personal, y que ella y/o su familia encuentren alternativas para afrontar la situación. Esto es posible mediante los primeros auxilios psicológicos (Slaikev, 1996), cuyos principales objetivos son: proveer apoyo, reducir la mortalidad y ayudar al paciente a enlazarse con los recursos necesarios para reducir las consecuencias negativas generadas por el abuso. Estos objetivos se pueden llevar a cabo a través de la realización del contacto psicológico, el análisis de las dimensiones del problema, la consideración de las posibles soluciones, la ejecución de una acción concreta y el seguimiento.

Lo expuesto demuestra la necesidad que tiene el psicólogo de considerar varios aspectos antes de decidir las estrategias y los pasos para manejar un caso de ASI:

- a) Aclarar a la persona la posición del psicólogo frente al abuso, la víctima y el abusador.
- b) Evitar asumir posiciones valorativas, es decir, no juzgar y no criticar. Por el contrario, debe ser objetivo para que el individuo y la familia se sientan escuchados y aceptados.
- c) Es probable que el terapeuta se sienta afectado por la situación de la víctima, al punto de sentir angustia o rabia. Lo importante es reconocer estos sentimientos y evitar que intervengan en su labor, ya que esto le puede impedir brindar una ayuda objetiva y efectiva.
- d) Conocer sus propias limitaciones y remitir adecuadamente a la víctima.
- e) No prometer lo que no se puede cumplir, en especial con relación a los aspectos legales.
- f) Disponer del tiempo necesario, mostrando una actitud abierta, sensible y empática.
- g) Haber sido entrenado adecuadamente para intervenir en estados de crisis.
- h) Tratamiento confidencial del caso.
- i) La intervención debe hacerse en el momento que se solicita, pues si se pospone podría implicar una retractación, perder a la víctima y su familia, y favorecer que se repita el abuso.
- j) Cuando el ASI es intrafamiliar, cada padre y el niño deben ser entrevistados por separado.
- k) Brindar confianza para aliviar las tensiones que puedan interferir con los objetivos.

El psicólogo debe tener un buen manejo de estos aspectos, ya que el tiempo de intervención es muy corto. Según Soria y Hernández (1994), la intervención en situaciones de crisis se desarrolla a lo largo de una o máximo dos sesiones, sin continuarla posteriormente. No existe

una duración promedio de cada sesión, pero puede durar entre media y una hora. No obstante, la duración puede ser superior ya que la entrevista suele fraccionarse según las necesidades inmediatas de la víctima.

En este corto tiempo hay factores que pueden dificultar la labor del psicólogo: la actitud dependiente de la víctima frente al profesional, la exigencia de resultados rápidos por parte del entorno (médico, policial, etc.), la evaluación de otros profesionales que intervengan en el proceso, la multiplicidad de casos que se deben atender en poco tiempo; y el rol de la familia en dicho contexto.

Debido a la dificultad para intervenir en estos casos, han surgido diferentes modelos de atención para las víctimas de ASI, con el fin de hacer más efectiva esta tarea. Por su parte, Soria y Hernández (1994) citan el estudio realizado por Soria y Maeso (1990) sobre la aplicación de un modelo psicológico de atención en crisis en Barcelona. Este modelo plantea tres fases:

Fase primera: presentación y toma de contacto

Este momento tiene relevancia en la futura relación, por lo que es importante establecer un vínculo de alianza a partir de la dignificación de la víctima. El psicólogo se presenta y sitúa a la víctima en el entorno en que se encuentra. El primer contacto debe dirigirse a una clara presentación de la función del psicólogo, para luego adentrarse en las necesidades del paciente. En muchos casos la víctima no responde, pero el psicólogo debe asegurarse que lo ha reconocido como su terapeuta.

En esta primera fase deben atenderse las necesidades prácticas prioritarias presentadas de forma asociada a la agresión sexual, tales como: si se ha producido afectación física, se debe realizar un traslado y un reconocimiento físico; si se ha producido pérdida económica, se deben prevenir efectos posteriores con la anulación de tarjetas de crédito, entre otros.

Fase segunda: desarrollo

El paso de la primera fase a la segunda es difícil y es el eje de la intervención. La capacidad de controlar el estrés y la capacidad empática del profesional son los elementos clave. Durante toda la entrevista, pero especialmente en esta fase, el rol de la víctima ha de ser activo. Para ello se utilizan las preguntas y poco las afirmaciones, y de esta forma la víctima comienza a enfrentar el problema.

La intervención ha de dirigirse hacia dos focos, en primer lugar hacia la situación. La víctima ha de saber qué hace allí y qué pasará inmediatamente después. En segundo lugar, la intervención se dirige hacia la persona. El profesional ha de intervenir para tranquilizar y disminuir el nivel de excitación de la persona; para ello es im-

portante eliminar los sentimientos de peligro, descontrol y sumisión que seguramente han dominado el comportamiento de la víctima hasta la fecha. Para lograrlo no basta con indicarlo verbalmente, sino que debe verse reflejado en la conducta no verbal: los gestos, el dominio del espacio, el tono de familiaridad y comprensión, etc. Éstos son factores que ayudan a depositar la confianza de la víctima en el psicólogo y a abrirse progresivamente.

Otro aspecto de esta fase es permitir la expresión de los sentimientos. En algunos casos se produce un bloqueo afectivo-comportamental que hace a las víctimas comportarse como "robots". Sin duda en estos casos el facilitar que la víctima llore es un elemento clave, para ello se utilizan el silencio o las verbalizaciones con alta capacidad empática. Los gritos, como expresión del miedo contenido o la ira almacenada, son otra forma expresiva que ha de permitirse. En ambos casos, su aparición debe facilitarse sólo en la medida en que sea terapéutica, y no sean utilizados por la víctima como un mecanismo de defensa frente a las preguntas policiales o al reconocimiento médico.

En esta fase también es importante ayudar al retorno de la víctima a su medio social habitual; para ello pueden facilitarse, por ejemplo, medios de transporte y de comunicación. Es muy importante establecer comunicación rápida con la familia o las personas de confianza de la víctima para facilitar la delegación de responsabilidad del profesional hacia otra persona, ayudar en la superación de los sentimientos de vergüenza y establecer la premisa para el desarrollo de un apoyo social posterior.

Fase tercera: cierre

Esta fase posee un valor clave en víctimas con un elevado nivel de aislamiento socio-afectivo. Partiendo de un rol activo de la víctima, deben informársele los pasos más próximos y fundamentales. Dicha información no debe superar las cinco ideas y debe expresarse en una frase. Ha de ser escrita y debe constar de un teléfono o lugar de referencia donde la víctima pueda acudir si posteriormente se da cuenta que confundió u olvidó algún aspecto.

Para finalizar, es importante que la víctima realice un breve resumen o síntesis de los pasos inmediatamente posteriores y que se han escrito, garantizando su comprensión.

Un buen proceso de atención será aquel en el cual se logre comprometer a la víctima y a su familia para continuar en un tratamiento más profundo.

Lo expuesto en las páginas anteriores hace referencia a la intervención en crisis; sin embargo, ésta es sólo una de las formas de atención en casos de ASI, pues existen otras posibilidades de intervención desde las cuales se trabaja con las víctimas y sus familias, después del período de

crisis. Entre dichos modelos se encuentra la intervención grupal, familiar, individual, a testigos, etc. (Glaser y Frosh, 1997), en los que se trabaja mediante la utilización de herramientas tales como técnicas de entrenamiento en relajación, desensibilización y visualización.

III. Papel de la medicina forense

Además de la psicología, otra de las profesiones que se encuentra directamente relacionada con las víctimas de abuso sexual infantil es la medicina forense —sinónimo de medicina legal—, la cual es la rama de la ciencia médica que auxilia al derecho en lo referente a las implicaciones y los significados de la enfermedad, el trauma, las lesiones y, en general, los aspectos biológicos, para que por medio de un dictamen emitido por el perito médico, con la debida fundamentación, el juzgado tenga elementos de juicio para producir una resolución en los casos que sea requerido ese auxilio (Giraldo, 1984).

Para entender la labor del médico forense es pertinente aclarar algunos términos citados por Giraldo (1984):

a) Perito: es el que posee conocimientos técnicos y prácticos, e informa bajo juramento al juzgador sobre aspectos litigiosos, en cuanto tienen que ver con su especial saber o experiencia.

El dictamen emitido por el perito tiene que ser ordenado por una autoridad legal para que tenga valor dentro del proceso. El fundamento de la prueba no son los títulos que ostente el experto, aunque interesen los conocimientos especiales obtenidos por estudio o por experiencia.

b) Prueba pericial: es un elemento de gran importancia en las actuaciones judiciales, en el campo de las lesiones personales y del homicidio; es uno de los aspectos que coadyuvan en el cuerpo del delito y en otras infracciones. Es definitiva para demostrar la materialidad de los hechos o la probabilidad de algunas circunstancias procesales. Una prueba pericial debe ser de mayor envergadura científica que una prueba testimonial. Las pruebas periciales hacen parte del dictamen médico-legal, el cual está encaminado a demostrar la materialidad del hecho punible, mediante la exploración clínica y la contribución de ayudas de laboratorio, cuando sea necesario.

El examen forense que se debe realizar para llegar al dictamen médico-legal es, según Giraldo (1984), un proceso complejo, puesto que abarca varias áreas entre las cuales se encuentran: el diagnóstico de la violencia una vez demostrado el acceso carnal, que se logra con una inspección completa de la víctima de la violación; cuando el acceso carnal fue violento, son constantes algunas huellas: a menudo hay equimosis (moretones) en la cara interna de los muslos, pues la separación violenta de éstos hace

que sangre fácilmente el tejido subcutáneo; en la misma horquilla vulvar puede haber desgarros de diversa intensidad que comprometen hasta el periné, llegando a veces desde la horquilla vulvar al esfínter rectal; suele también encontrarse algún signo de violencia en vecindad de las glándulas mamarias, y otras veces alrededor de la boca de la víctima. En algunos casos la víctima logra morder al victimario e imprime su arcada dental en éste, hecho que permitirá identificar al agresor. Puede haber otras formas de violencia física más severas, que permiten señalar lesiones personales y secuelas. La presencia o ausencia de signos de violencia ha de consignarse en el dictamen.

El examen médico-legal que se realice dependerá del tipo de abuso que se presente.

En los actos sexuales violentos, la exploración debe ser completa; en ella se debe estudiar la región perineal, de la que han de tomarse muestras para detectar espermatozoides o fosfatasa ácida, cuya presencia confirmará la ocurrencia de un acto sexual. Sin embargo, puede pasar que algunos actos de tipo homosexual no dejen huellas morfológicas, pues se realizan en la región perirectal, entre los muslos, o aun accediendo carnalmente por el ano, pero como el esfínter rectal es de tipo muscular, suele ser distendido sin que se desgarre.

En los dictámenes sobre actos sexuales violentos se tiene en cuenta el examen médico, pero además ha de aportarse el diagnóstico del estado de inconsciencia, inferioridad psíquica, o incapacidad de resistir. La inconsciencia suele producirse por medio del suministro de bebidas alcohólicas a las que se adicionan sustancias depresoras del sistema nervioso central, como haloperidol, escopolamina, metacualonas, fenotiazinas, barbitúricos y benzodiazepinas. Muchas veces, el efecto aditivo del alcohol y de los depresores no permite sino un recuerdo vago en la víctima, y en otras ocasiones puede producir amnesia. El espectro de la inconsciencia varía desde la confusión mental (inferioridad psíquica), pasando por el coma superficial (inconsciencia), hasta el coma profundo, el cual puede poner en peligro la vida de la víctima (Giraldo, 1984).

El acceso carnal abusivo es aquel en el que la víctima es incapaz de resistirse, ya que se encuentra en estado de inconsciencia. Dicho estado no es producto de la actuación del abusador.

El examen del acceso carnal requiere el estudio detallado de la membrana himeneal y del ano. Para realizar este proceso ha de hacerse una inspección de los genitales externos, y luego realizar un examen del himen. Lo usual es que cuando el himen es distendido en un acceso carnal, se desgarran dejando los bordes hemorrágicos durante los primeros cinco días, y congestivos entre los cinco y los diez días; después del décimo día lo corriente es que los bordes del desgarro se cicatricen. El límite de

los diez días es importante, porque los desgarros ocurridos antes de ese tiempo se consideran recientes, mientras que los que han ocurrido antes de los diez días se consideran desgarros antiguos, ya que la cicatriz será igual a los diez días que a los diez años de ocurrido el suceso (Giraldo, 1984).

Si este examen ginecológico evidencia signos de desgarro himeneal, que traduce la desfloración, ha de completarse con la toma de muestras para la observación microscópica del contenido del fondo del saco vaginal y la determinación de fosfatasa ácida. La presencia de espermatozoides será signo incontrovertible de acceso carnal; si los espermatozoides son móviles, el acceso carnal data de menos de doce horas; si son espermatozoides inmóviles en la vagina, el coito se presentó hace dos o tres días, y si se observan inmóviles en el endocervix (parte interna del cuello uterino), es que pudo haber ocurrido hasta hace cinco días. Esto en caso de realizar exámenes en mujeres vivas, pues en cadáveres se han detectado espermatozoides inmóviles hasta diez y siete días después de la muerte de la víctima.

Las fosfatasa ácida, que son enzimas secretadas por la próstata masculina adulta, son también pruebas de coito. En casos de victimarios espermáticos por daño testicular o por ligadura de los conductos deferentes, las fosfatasa ácida, que son parte constitutiva del líquido seminal, aportarán la prueba incontrovertible del acceso carnal, y tienen la utilidad adicional de poder ser detectadas en la ropa interior, aun a las semanas de ocurrido el acceso sexual, y luego de la desecación del líquido seminal.

Muñoz (1993) realiza una puntualización sobre el examen forense planteando seis patrones de diagnóstico: edad del paciente, lesiones personales, área genital, embarazo, contaminación venérea y perturbación psicológica. Estos factores son útiles a la hora de diagnosticar un abuso sexual, pero en el momento de realizar una intervención se deben tener en cuenta otros aspectos.

El Ministerio de Salud (1996) hace referencia al concepto de intervención en el ámbito institucional, como alternativa al tratamiento de esta problemática. Dicha intervención es planeada por un profesional para guiar el cambio que debe experimentar una red social en el enfrentamiento de un problema, en este caso el ASI. Además, la intervención institucional busca impulsar el ejercicio de la autonomía, el establecimiento de relaciones de coordinación y cooperación, y el apoyo de procesos autogestionarios que permitan la participación de la comunidad.

Para el Ministerio de Salud (1996), la intervención desde las redes sociales se constituye en una estrategia que posibilita la construcción de planes que buscan el fortalecimiento de la salud tanto individual como co-

lectiva, la consolidación de los vínculos familiares, el fortalecimiento de los sociales, y la prevención y atención a esta problemática. Abordar el problema es una actividad compleja, ya que no sólo requiere de trabajo exhaustivo con el niño y la familia, sino que también involucra la concepción que tenga cada médico acerca del ASI, la cual influye en el tratamiento que se dé al caso. Por este motivo, es importante que el profesional sepa manejar esto de una manera eficiente, adoptando para dicho fin las siguientes actitudes y condiciones (COVAC, Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, 1995, citado por Franco, Sánchez y Jiménez, 1998):

- a) Aceptación incondicional: se debe prestar una atención calurosa y receptiva, sin tener reservas ni prejuicios que impliquen juicios de valor hacia el niño y la familia.
- b) Congruencia: se debe ser auténtico con los sentimientos y las actitudes propias con respecto al testimonio de las víctimas.
- c) Comprensión empática: el profesional debe desarrollar habilidades para percibir los sentimientos que experimentan los niños abusados, sin perder su propia referencia.
- d) Se debe propiciar un ambiente de respeto, cordialidad, confianza y calidez.
- e) Se debe mantener una actitud reflexiva y sensible ante las víctimas de ASI y sus familias, ya que en varios casos éstos se limitan a aplicar una solución técnica, sin tener en cuenta los sentimientos de los niños y de las familias que han vivido una situación traumática.
- f) El médico debe realizar una revisión que permita detectar lesiones físicas causadas por el agresor. También debe conocer sobre el abuso y sus consecuencias físicas y emocionales para no confundir la causa del problema con otro síntoma orgánico. El médico debe explicar a la víctima qué se hará, cómo se hará y para qué se hará, a fin de no violentarla.
- g) En la esfera emocional-afectiva es importante realizar una valoración médica y psicológica.

Un aspecto que los médicos deben considerar en el momento de hacer la entrevista, es que ésta debe estar dirigida al niño y a sus padres, evitando los prejuicios y las acusaciones. A veces puede ser desfavorable interrogar en varias ocasiones al niño, ya que puede parecerle amenazante, debido a que deduce que no le creen, lo que lo llevaría a modificar su relato.

IV. Papel del derecho

Con el fin de ubicar la labor que actualmente desempeñan los abogados con respecto al abuso sexual

infantil, es necesario tener en cuenta la protección que se proporciona al menor, los derechos sexuales en general y el proceso legal que se sigue.

Para comenzar, se tendrá en cuenta lo expuesto por Robledo, Garcés y Palacios (1999) en el cuaderno "Hacia una política de protección de la niñez" con referencia al código del menor, que inicialmente se dirigía a la protección de los niños en situaciones difíciles. En 1991, con la nueva Constitución Política de Colombia, y la Convención de los Derechos del Niño, la perspectiva cambia hacia una nueva concepción social, cultural y política de la niñez, llamada "Doctrina de la protección integral", cuyas características se presentan a continuación:

- a) El niño no es tomado como objeto de compasión sino como un sujeto de derechos exigibles.
- b) Las normas favorecen a todos los infantes, no sólo a los niños en situaciones difíciles.
- c) Se sustituye el término "menor" por el de niño-niña-adolescente, debido a las implicaciones peyorativas que connota el término "menor".
- d) La familia, la sociedad y el Estado son responsables del desarrollo armónico e integral de la infancia, así como de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos.
- e) El Estado se obliga a diseñar y poner en marcha políticas públicas e integrales de atención.
- f) La perspectiva de la protección integral implica reconocer y garantizar a todos los niños, las niñas y los adolescentes los derechos consagrados en la Convención y la Constitución.
- g) Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.
- h) Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y deben garantizar la convivencia.

Teniendo en cuenta el boletín del CRNV (1998), se puede establecer que los derechos sexuales y reproductivos se orientan al logro de la salud sexual y reproductiva, entendida como el pleno disfrute de una sexualidad sana, libre de riesgos, segura y responsable, que contribuya a la realización de las personas y a su desarrollo como seres humanos.

Dentro de los derechos sexuales se encuentra el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual, a la opción de la reproducción, a la libertad de elegir compañero/a sexual, a la libertad de decidir sobre el número de hijos, a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad, a disponer de opciones libres de riesgo, a tener acceso a servicios de salud adecuados, y a recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos.

Igualmente, es importante tener en cuenta los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales,

contemplados en el título IV del Nuevo Código Penal Colombiano (2000):

*De la Violación

Art. 205 - *Acceso carnal violento*. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a quince (15) años.

Art. 206 - *Acto sexual violento*. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal, mediante violencia, incurrirá en prisión de tres (3) a seis (6) años.

Art. 207 - *Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir*. El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir, en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de ocho (8) a quince (15) años.

Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de tres (3) a seis (6) años.

*De los actos sexuales abusivos

Art. 208 - *Acceso carnal abusivo con menor de catorce años*. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

Art. 209 - *Actos sexuales con menor de catorce años*. El que realice actos sexuales diversos del acceso carnal con (o en presencia de) persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5) años.

Art. 210 - *Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir*. El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de tres (3) a cinco (5) años de prisión.

*Disposiciones comunes a los capítulos anteriores

Art. 211 - *Circunstancias de agravación punitiva*. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando:

1. La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas.
2. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.
3. Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual.
4. Se realizare sobre persona menor de doce (12) años.

5. Se realizare sobre el cónyuge o sobre la persona con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo.

6. Se produjere embarazo.

Art. 212 - *Acceso carnal*. Para los efectos de las conductas descritas en los capítulos anteriores, se entenderá por acceso carnal la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.

*Del proxenetismo

Art. 213 - *Inducción a la prostitución*. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, induzca al comercio carnal o a la prostitución a otra persona, incurrirá en prisión de dos (2) a cuatro (4) años y multa de cincuenta (50) a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Art. 214 - *Constreñimiento a la prostitución*. El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, constriña a cualquier persona al comercio carnal o a la prostitución, incurrirá en prisión de cinco (5) a nueve (9) años y multa de cincuenta (50) a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Art. 215 - *Trata de personas*. El que promueva, induzca, constriña o facilite la entrada o salida del país de una persona para que ejerza la prostitución, incurrirá en prisión de cuatro (4) a seis (6) años y multa de setenta y cinco (75) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Art. 216 - *Circunstancias de agravación punitiva*. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta:

1. Se realizare en persona menor de catorce (14) años.
2. Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero.
3. El responsable sea integrante de la familia de la víctima.

Art. 217 - *Estímulo a la prostitución de menores*. El que destine, arriende, mantenga, administre o financie casa o establecimiento para la práctica de actos sexuales en que participen menores de edad, incurrirá en prisión de seis (6) a ocho (8) años y multa de cincuenta (50) a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima.

Art. 218 - *Pornografía con menores*. El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que partici-

pen menores de edad, incurrirá en prisión de seis (6) a ocho (8) años y multa de cien (100) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima.

Art. 219 - *Turismo sexual*. El que dirija, organice o promueva actividades turísticas que incluyan la utilización sexual de menores de edad incurrirá en prisión de tres (3) a ocho (8) años.

La pena se aumentará en la mitad cuando la conducta se realizare con menor de doce (12) años.

Por otra parte, es importante conocer el proceso legal que debe realizarse ante una situación de ASI. Muñoz (1993) afirma que cualquier funcionario tiene la obligación de recibir una denuncia de violación; en este caso, la víctima puede elegir entre una estación de policía, una comisaría de familia o la fiscalía. De allí será enviado a medicina legal para que sea confirmada su versión y el resultado debe ser enviado al organismo que lo solicitó en un plazo máximo de tres días. Con respecto a esto, Ardila y Valencia (1999) aclaran que para la realización del examen la víctima no debe bañarse después del ataque sexual, ni hacerse una ducha íntima; tampoco debe cambiarse la ropa porque en las prendas puede quedar huella del ataque.

Si la denuncia se hace en una estación o en una comisaría, igualmente será enviada a la oficina de admisión y registro de la Fiscalía. La denuncia se puede hacer acusando a un sujeto determinado, o acusando a un desconocido. En este caso, corresponde a la justicia seguir "en averiguación del responsable". Una vez enviada la denuncia a la oficina de admisiones y registro, se hará una valoración del tipo de delito y se mandará a la unidad de previas y permanentes, donde se determina si la denuncia amerita que se abra una investigación del caso.

En la unidad de previas y permanentes el fiscal debe adelantar las diligencias tendientes a individualizar al infractor y, si es posible, a identificarlo (identificación completa o retrato hablado). Una vez abierta la investigación, y según el delito, el caso es enviado a la unidad que corresponda.

Cuando es una violación, el proceso llega a cualquiera de las tres unidades de vía encargadas de los delitos que atentan contra la vida, la libertad y el pudor sexual (juzgado de menores, Fiscalía o ICBF). Si la indagatoria no fue realizada, el fiscal asignado por el coordinador debe llevarla a cabo; en el caso contrario, tomará la ampliación de la denuncia por parte de la víctima, el victimario y los testigos (si los hay). El paso siguiente es realizar la resolución de la situación jurídica; esto es, dejar en libertad al infractor o privarlo de ella. Si se decide liberarlo, se le debe tomar un juramento en el que se comprometa a presentarse en la fiscalía cada vez que sea requerida su presencia.

A partir de ese momento empieza la recolección de pruebas hasta que el fiscal califique el proceso. Esto es, si amerita detención o si decide la absolución de los cargos. El tiempo con que cuenta el fiscal para esta calificación es indeterminado, pero cuando hay hasta tres presos, el plazo máximo es de 120 días; cuando hay más de tres, son 180 días. Una vez calificado el proceso se envía al juzgado penal del circuito, donde se inician las diligencias del juzgamiento, con dos posibilidades: llamamiento a juicio, donde se dicta la sentencia; sobreseimiento¹ temporal o definitivo.

Con esta nueva modalidad de actuación por parte de la Fiscalía se dejó de lado el paso en el que el juez de instrucción criminal investigaba y acusaba, y el del circuito juzgaba. Ahora el fiscal tiene la función que correspondía en el pasado al juez de instrucción criminal.

Una ventaja de este cambio es que la Secretaría es común para los diez fiscales; es decir, trabajan en unidad, formando un engranaje. Por eso, si la víctima decide ampliar su denuncia, cualquier fiscal puede tomarla si quien lleva el caso se encuentra ausente. Igualmente, la recolección de pruebas es rápida y efectiva porque los detectives hacen parte de la Fiscalía. Al estar un solo organismo encargado del caso, se abreviaron los pasos a seguir; si los fiscales conocen el proceso, la víctima no repetirá su declaración como ocurría cada vez que cambiaba el expediente de sitio y ésta era citada a rendir indagatoria (Muñoz, 1993).

Teniendo en cuenta el proceso legal explicado, hay que señalar un factor que interfiere en su adecuado desarrollo, ya que influye directamente en el período de crisis por el cual está atravesando la víctima: la indagatoria. Esto se debe a que en muchos casos el proceso se convierte en una victimización secundaria, ya que de una u otra forma se culpabiliza a la víctima de los sucesos ocurridos. Desde aquí es importante realizar un cuestionamiento profundo sobre esta labor, ya que si la víctima va en busca del respaldo de la justicia para castigar al culpable, y la justicia le responde cuestionando su conducta, ¿en dónde está el verdadero apoyo del Estado?

V. Papel del servicio social

Es relevante conocer la labor que desempeñan los trabajadores sociales con las víctimas de abuso sexual infantil. Estos profesionales deben concebir al niño como individuo y como ser social, considerando la importancia que tiene la resolución de conflictos emocionales en él y en su familia.

¹ Figura del derecho penal donde la prueba del delito no existió o la ley no la consideró.

Según Glaser y Frosh (1997), el primer deber de los trabajadores sociales es actuar para proteger a los niños. Con esta finalidad disponen de varias opciones legales si consideran que el niño está en riesgo, incluyendo la facultad de solicitar que el pequeño sea alejado de su hogar; sin embargo, surge la dificultad de medir los méritos relativos a este alejamiento inmediato, o la conveniencia de un proceso lento y planificado. Por un lado, el peligro del abuso y la amenaza a la vida del niño pueden ser razones que obliguen a la acción. Pero por el otro, el alejamiento repentino de un niño de su hogar puede ser en sí mismo una experiencia traumática sin que garantice su seguridad a largo plazo y su bienestar emocional. Los trabajadores sociales deben tener mucha cautela con respecto a la medida de alejar a los niños de su hogar.

Por este motivo, cuando el abusador vive con el niño, es mejor no alejar a éste de su familia, sino obligar al abusador a desalojar la casa. De esta manera, no se le suma un castigo al niño, sino que es el adulto el que empieza a pagar las consecuencias de sus actos.

El ASI presenta problemas a los trabajadores sociales que intentan cumplir con su deber de protección. Excepto en casos de huellas físicas, el secreto y la confusión que rodean el ASI, hacen que el recoger pruebas claras sea un proceso difícil. Además, es necesaria una cuidadosa evaluación del contexto del niño antes de tomar decisiones respecto a los pasos protectores adecuados.

La posibilidad de que el abuso siga ocurriendo mientras se realizan las investigaciones causa tensión en los trabajadores sociales. Sin embargo, mediante el trabajo interprofesional se incrementa la posibilidad de tomar una decisión exitosa con el mínimo impacto negativo para el niño.

En algunos casos, el trabajador social actúa como terapeuta, dirigiendo un grupo, involucrándose en el asesoramiento de la víctima y coordinando las intervenciones. Por este motivo, necesitará tener conciencia de los puntos fuertes y de las limitaciones de cada abordaje.

Esto debe tenerse en cuenta tanto para el trabajador social como para los demás profesionales que tienen contacto con la víctima de ASI. Tomando en consideración que ésta entra en un estado de crisis, es necesario que dichos profesionales estén en capacidad de atenderla de manera integral, rompiendo con la concepción de la exclusividad del psicólogo a la hora de llevar a cabo esta labor.

VI. Consideraciones finales

La Fiscalía General de la Nación se ha comprometido con el diseño de un modelo interdisciplinario e interinstitucional de atención a la víctima de delitos sexuales y violencia intrafamiliar, que puede ser replicado en todas las unidades de reacción inmediata del país.

La experiencia en el manejo del ASI ha mostrado la necesidad de acceder a mecanismos jurídicos, investigativos y de servicios, que involucren un trato más humano a las víctimas. Estos mecanismos deben agilizar el proceso y permitir el mayor número de pruebas, evitando la victimización secundaria.

De este modo, desde 1995 la Fiscalía ha impulsado la puesta en marcha del Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales, con la participación de las entidades que tienen responsabilidades de atención y protección a estos usuarios. Este Centro brinda a las víctimas un servicio que atiende las condiciones en las que queda una persona abusada, en especial los menores de edad. Además, ofrece la posibilidad de contar con un trato especializado que facilita el contacto con la Fiscalía para adelantar la investigación y garantizar la atención y protección por parte de entidades como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Alcaldía Mayor de Bogotá a través del Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS), la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Personería Distrital.

El modelo de atención a las víctimas les ofrece una oportuna y adecuada atención integral en las áreas psicológica, médico-legal, jurídica, de protección y orientación, y asistencia social, agilizando el procedimiento legal e investigativo, de manera que se promueva la recuperación y se generen mecanismos de prevención del delito (Fiscalía General de la Nación, 1999).

Finalmente, cabe resaltar que el tema del abuso sexual infantil devela la importancia de contar con un modelo específico para la atención de estas víctimas que se encuentran en estado de crisis. Éste debe estar dirigido por unos objetivos de intervención claros, cuya prioridad sea informar, apoyar y proteger a las víctimas de ASI y a sus familiares, para que puedan afrontar esta problemática de la mejor forma. Es indispensable que cada uno de los profesionales esté capacitado para manejar adecuadamente, desde su disciplina, este estado de crisis, y lograr que su trabajo sea coherente con el que realizan los demás profesionales, buscando siempre proporcionar una atención integral.

Referencias

- Ardila, C. y Valencia, O. (1999). *Un enemigo conocido*. Bogotá: CedaVida, Fundación Social Colombiana.
- Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres. (1995). *Manual sobre maltrato y abuso sexual a las niñas*. México, D.F.: COVAC, UNICEF.
- Biblioteca Jurídica Digital (1999). *Legislación y jurisprudencia*. Editextos J.U. Ltda. Kimera.

- Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1998). *Boletín CRNV*, 3 (4).
- Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1999). *Boletín CRNV*, 4 (2).
- Nuevo Código Penal. Ley 599 de 2000. Colombia.
- Fiscalía General de la Nación (1999). *Modelo de atención integral a víctimas de delitos sexuales*. Bogotá: Fiscalía General de la Nación.
- Franco, M., Sánchez P. y Jiménez, M. (1998). Representación social construida por el médico en torno al niño abusado sexualmente. Santafé de Bogotá, Tesis de Grado PUJ.
- Giraldo, C. (1984). *Medicina forense*. Medellín: Señal Editora.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- ICBF, Ministerio de Salud, Subdirección de Protección, Procesos administrativos de Protección (1999). *Estadísticas menores activos por motivo de ingreso*, 17, Santafé de Bogotá.
- Ministerio de Salud (1996). *Lineamientos conceptuales de las redes sociales*. Santafé de Bogotá.
- Muñoz, P. (1993). Problemas comunicativos entre fiscal y víctimas de violación que favorecen la impunidad del delito. Santafé de Bogotá. Tesis de grado, PUJ.
- Robledo, A., Garcés, M. y Palacios, C. (1999). Hacia una política de protección de la niñez. *Cuadernos de Reflexión 2*, Santafé de Bogotá: Fundación Antonio Restrepo Barco.
- Slaikev, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Soria, M. y Hernández, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Vargas, C., Vargas, E. y Mejía, S. (1995). *Intervención en casos de abuso sexual en estado de crisis* (2). Santafé de Bogotá: Presencia.
- Vargas, C., Vargas, E. y Mejía, S. (1995). *Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil* (3). Santafé de Bogotá: Presencia.