

Ministerio de Salud
Fundación Oswaldo Cruz
Escuela Nacional de Salud Pública

***“La dinámica social e institucional del abuso sexual intrafamiliar,
bajo la óptica de la atención, en el Instituto Nacional de Medicina
Legal y Ciencias Forenses en Santa Fe de Bogotá, Colombia”***

por

Alvaro Enrique Morales Rivera

*Tesis presentada a la Escuela Nacional de Salud Pública con el propósito de obtención
del Título de Doctor en Ciencias en el área de Salud Pública.*

*Orientadora: Prof. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo
Coorientadora: Prof. Dra. Simone Gonçalves de Assis*

Rio de Janeiro, abril de 2003

*A la memoria de mi padre.
A mi esposa y a mis hijos.*

AGRADECIMIENTOS

Deseo ofrecer mis sinceros agradecimientos a la orientadora de este trabajo, Dra. Maria Cecília de Souza Minayo, quien con su disposición, dedicación, paciencia e insistencia permitió la realización de esta tesis. De igual manera, agradezco a mi coorientadora, la Dra. Simone Gonçalves de Assis, quien siempre estuvo dispuesta y pronta a la colaboración.

Al profesor Dr. Fermin Roland Schramm por su colaboración en el capítulo sobre la moralidad del abuso sexual intrafamiliar.

A la Dra. Olga Bernal Bejarano por su tiempo y dedicación desinteresada en la realización de algunas entrevistas.

A los profesionales, padres y/o responsables de los menores que participaron en las entrevistas.

A Walter I. Casas por la revisión del texto.

A todos los amigos que me apoyaron en los momentos difíciles que se presentan a quienes estamos en un país extranjero, especialmente a Wilson Benes y a Paulo Roberto Magalhães da Cruz.

A mis hermanos y familiares, cuya ayuda e incentivo fueron determinantes en la finalización de este trabajo.

A Cecilia, mi esposa, compañera y amiga, quien incondicionalmente me viene apoyando durante todos estos años y, finalmente, a nuestros hijos Fernando y Nicolás, los que soportaron con entereza las mudanzas y dificultades durante los años en los que cursé el Doctorado.

RESUMEN

Este trabajo analiza el abuso sexual intrafamiliar en niños, niñas y adolescentes, en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Se realizó una investigación cualitativa y cuantitativa tipo exploratorio, con un abordaje desde el campo de la investigación social. Los datos cuantitativos fueron obtenidos de las publicaciones anuales realizadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), quienes recopilan y analizan la información de los dictámenes médico legales en todo el país. Los datos del análisis cualitativo fueron obtenidos: a partir de la lectura del dictamen médico legal del INMLCF, reportes de gestión de algunas instituciones involucradas en la problemática del abuso sexual en menores; entrevistas semiestructuradas individuales a los profesionales de estas instituciones y a familiares y/o acompañantes que asisten por segunda o más veces al INMLCF, para la realización del examen médico legal. El abordaje del análisis de las diferentes fuentes de datos, fue realizado a través del método de la triangulación.

Se constató que el 86% de las denuncias de delitos sexuales en Colombia son sobre menores de edad, de los cuales en el 78% el agresor era una persona conocida y, de éstos, el 76% era algún familiar. Al analizar el grupo etéreo encontramos que, tanto en el país como en Santa Fe de Bogotá, se observa un marcado predominio del grupo etéreo de 5 a 14 años con un 68% de casos recibidos, seguido por el grupo etéreo de 15 a 17 años con el 17%. Se hace una discusión sobre la dinámica de las familias que presentan el abuso sexual, las dificultades que se generan desde la denuncia, como la desconfianza en las instituciones, la tragedia familiar, la victimización del menor, la importancia del examen médico legal con el fin de determinar la comisión del delito, el manejo de las pruebas o evidencias, la competencia de cada entidad y su trabajo interinstitucional, la finalidad punitiva de la legislación y, finalmente, se analiza todo el proceso desde la óptica de la ética y la moral.

Este trabajo nos permitió confirmar que mientras el proceso de investigación del abuso sexual intrafamiliar no comprometa el esfuerzo de equipos multidisciplinarios e interinstitucionales, que trabajen no sólo en la atención sino especialmente en la prevención, será muy difícil avanzar en su solución.

Palabras Clave: Violencia sexual intrafamiliar; manejo interinstitucional del delito sexual sobre menores, proceso judicial del abuso sexual en menores.

RESUMO

Este trabalho visa analisar o abuso sexual intrafamiliar em crianças e adolescentes, em Santa Fé de Bogotá, Colômbia. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e quantitativa, exploratória, com uma abordagem desde o campo da investigação social. Os dados quantitativos foram obtidos das publicações anuais realizadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), as quais apresentam e analisam as informações dos laudos médico-legais no país inteiro. Os dados da análise qualitativa foram obtidos: a partir da leitura do laudo médico-legal do INMLCF, relatórios de gestão de algumas instituições envolvidas na problemática do abuso sexual em menores; entrevistas semiestruturadas individuais com os profissionais destas instituições e com familiares e/ou acompanhantes que compareceram duas ou mais vezes ao INMLCF para a realização do exame médico-legal. A abordagem da análise das diferentes fontes de dados foi realizada através do método da triangulação.

Constatou-se que 86% das denúncias de delitos sexuais na Colômbia são sobre menores de idade, nos quais em 78% os agressores eram pessoas conhecidas e, desses, 76% eram familiares. Ao analisar o grupo etário encontramos que, tanto no país quanto em Santa Fé de Bogotá, observa-se um marcado predomínio do grupo etário de 5 a 14 anos com 68% de casos recebidos, seguido pelo grupo etário de 15 a 17 anos com 17%.

Realizou-se uma discussão sobre a dinâmica das famílias que apresentam o abuso sexual, as dificuldades geradas desde a denúncia, como a desconfiança nas instituições, a tragédia familiar, o prejuízo do menor como vítima, a importância do exame médico-legal com a finalidade de determinar a execução do delito, o manejo das provas ou evidências, a competência de cada entidade e seu trabalho interinstitucional, a finalidade punitiva da legislação e, finalmente, é analisado todo o processo segundo a perspectiva da ética e a moral.

Este trabalho nos permitiu confirmar que, enquanto o processo de investigação do abuso sexual intrafamiliar não unir o esforço das equipes multidisciplinares e interinstitucionais, trabalhando não somente na atenção mas também especialmente na prevenção, será muito difícil avançar na sua solução.

Palavras-Chave: violência sexual intrafamiliar; manejo interinstitucional do delito sexual em menores, processo judicial do abuso sexual em menores.

ABSTRACT

This work analyzes the intrafamilial sexual abuse in children and adolescents, in Santa Fe de Bogotá, Colombia. It was carried out a qualitative and quantitative investigation of exploratory type, with an approach from the field of social investigation. The quantitative data were obtained from the annual publications issued by the National Institute of Forensic Medicine and Forensic Sciences (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF) which gather and analyze the information of forensic/medical findings throughout the country. The data of the qualitative analysis were obtained: starting from the reading of the legal/medical finding of the INMLCF, management reports of some institutions involved in the problem of sexual abuse in children; organized individual interviews with the professionals of these institutions and with family and/or companions who went two or more times to the INMLCF, to make the forensic and medical exam. The analysis approach of the different sources of data was realized through the triangulation method.

It was verified that 86% of the accusations of sexual crimes in Colombia are about children, of which in 78% the aggressors were well-known persons and, of these, 76% were some relative. Analyzing the aged group we find that, in the country and in Santa Fe de Bogotá, is noted a marked prevalence of the aged group from 5 to 14 years with 68% of received cases, followed by the aged group from 15 to 17 years with 17%. A discussion was made on the dynamics of families that present sexual abuses, the difficulties that are generated from accusation, as the distrust in the institutions, the family tragedy, the minor victimization, the importance of the forensic-medical exam aiming to determine the crime execution, the handling of tests or evidences, the competence of each entity and its inter-institutional work, the punitive purpose of legislation and, finally, the whole process is analyzed from the optics of ethics and moral.

This work allowed us to confirm that, as long as the process of intra-family sexual abuse investigation doesn't join the effort of multidisciplinary and inter-institutional teams, working not only in the attention but especially in the prevention, it will be very difficult to advance in its solution.

Key words: intra-family sexual violence; inter-institutional handling of sexual crime in children, judicial process of the sexual abuse in children.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	001
OBJETIVOS	006
CAPÍTULO I – MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	007
I.1. La violencia como campo de estudio	008
I.1.1. La violencia como referencial teórico	008
I.1.2. La violencia en Colombia	014
I.2. Marco conceptual	019
I.2.1. El abuso sexual como una forma de maltrato infantil	019
I.2.2. Abuso sexual sin contacto físico	021
I.2.3. Abuso sexual con contacto físico	021
I.2.4. Concepto de abuso sexual de menores a nivel intrafamiliar	021
CAPITULO II - MARCO METODOLÓGICO	023
II.1.1. Tipo de estudio	024
II.1.2. Local de estudio	027
II.1.3. Definición de la muestra, fuente de datos e instrumentos de recolección de datos	030
II.1.3.1. Para el análisis cuantitativo	030
II.1.3.2. Para el análisis cualitativo	030
II.1.3.2.1. Análisis documental	031
II.1.3.2.2. Entrevistas individuales	031
II.1.4. Análisis de la información	034
II.1.4.1. Análisis cuantitativo	034
II.1.4.2. Análisis cualitativo	035
II.1.4.2.1. El preanálisis	036
II.1.4.2.2. Explotación del material	037
037	
II.1.4.2.3. Manejo de los datos obtenidos	037
II.1.4.2.4. Recursos	037
II.1.4.2.5. Aspectos éticos	037
CAPÍTULO III - LA REALIDAD DE LA FAMILIA COLOMBIANA	038
III.1. Introducción	039
III.2. El abuso sexual intrafamiliar	046
III.3. El incesto	050
III.4. Agresores	052
III.5. Características de la madre	057
III.6. Menores de edad abusadores sexuales	059
III.7. Dinámica familiar para que ocurra el abuso sexual de menores	059
III.8. Clase social y abuso sexual	063
CAPITULO IV - MANEJO INTERINSTITUCIONAL	066
IV.1. Consideraciones generales	067
IV.1.1. Sospecha del abuso sexual	068
IV.1.2. Revelación del abuso sexual	069
IV.2. La denuncia	069
IV.3. El proceso judicial	077
IV.4. La confirmación o el diagnóstico del abuso sexual	078
IV.5. Protocolo del dictamen médico legal	080
IV.5.1. Recepción del caso	080
IV.5.2. Entrevista inicial con la familia	081

IV.5.3. Entrevista con el menor	082
IV.5.4. Examen médico legal	085
IV.5.5. Toma de muestras	091
IV.5.6. Conclusiones	093
IV.5.7. Recomendaciones	093
IV.5.8. Entrevista final	094
IV.6. Las pruebas o evidencias	095
IV.7. Consecuencias del abuso sexual	098
IV.8. Retracción del menor y/o la familia	100
IV.9. Manejo interinstitucional del abuso sexual en menores	102
IV.10. Comentarios sobre la Legislación en el abuso sexual de menores	107
CAPÍTULO V - LA MORALIDAD DEL ABUSO SEXUAL	
INTRAFAMILAR	120
V.1. Introducción	121
V.2. Características del abuso sexual intrafamiliar pertinentes al análisis moral	123
V.2.1. La víctima y su medio intrafamiliar	123
V.2.2. La baja efectividad de los procedimientos en la atención al menor víctima de abuso sexual	125
V.2.3. La baja efectividad de los medios probatorios	126
V.3. Análisis de la moralidad de la problemática	126
V.4. Conclusión	131
CAPÍTULO VI - CONCLUSIONES	134
BIBLIOGRAFÍA	140
ANEXOS	148

LISTA DE TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

Lista de tablas

Tabla 1	Tasa de violencia intrafamiliar según etiología. Colombia, 1996 - 1999.	045
Tabla 2	Delitos sexuales según mayoría de edad. Colombia, 1995 - 2001.	047
Tabla 3	Delitos sexuales según mayoría de edad. Santa Fe de Bogotá, 1995 - 2001.	047
Tabla 4	Delitos sexuales en menores de edad según grupo etáreo. Colombia, 1995 - 2001.	049
Tabla 5	Delitos sexuales en menores de edad según grupo etáreo. Santa Fe de Bogotá, 1995 - 2001.	049

Lista de gráficos

Gráfico 1	Dictámenes sexológicos según grupo etáreo	018
-----------	---	-----

Lista de anexos

Anexo 1	Guía para entrevistas a profesionales	149
Anexo 2	Guía para entrevistas a padres y familiares de la víctima	150
Anexo 3	Protocolo del dictamen médico legal	151
Anexo 4	Consentimiento libre y esclarecido de padres o familiares de la víctima	155
Anexo 5	Consentimiento libre y esclarecido de profesionales	156

INTRODUCCIÓN

La elección del tema del abuso sexual intrafamiliar como objeto de estudio de esta investigación fue por mi trabajo como médico forense en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), donde participé activamente en la conformación de un Centro de Atención para Menores, el que se creó a partir de 1993. Allí se atendían todos los casos de maltrato infantil, abuso sexual, definición de la edad, embriaguez y examen para definir estados de salud en detenidos, para menores de 18 años, promoviendo una mejor atención y procurando especializar al personal en esta problemática. Creada la Unidad Local de Atención a Menores del INMLCF, fui director de la misma, realizando el dictamen médico legal y participando en su mejoramiento, en la capacitación permanente a funcionarios y manteniendo interacción permanente con todos los funcionarios de las instituciones encargadas del manejo de tal problemática y los procesos de las víctimas y agresores. Una actividad continua era la orientación, discusión y análisis de los procesos judiciales en las diferentes etapas del juzgamiento, especialmente con los fiscales y jueces.

Paralelamente se organizaron las Redes de Maltrato Infantil, con el fin de realizar un trabajo interinstitucional, que permitiera obtener estadísticas confiables y realizar un trabajo de capacitación a las personas que trabajaban con esta problemática. Participé en forma activa desde su creación en los cursos de capacitación en las principales ciudades del país. Actualmente, estas Redes de Maltrato están funcionando en la mayoría de las ciudades del país.

El Pacto por la Infancia ha realizado un trabajo de concertación entre el Estado y la sociedad civil, creando el Sistema Nacional contra el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual, estableciendo una labor institucional conjunta a favor de la infancia. Como representante del INMLCF, participe activamente en este comité en nivel nacional, bajo la coordinación de la Presidencia de la República y con la participación de otras instituciones tales como: La Procuraduría para el Menor y la Familia, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Colombiano para el Bienestar Familiar y Social (ICBF), la Defensoría del Pueblo, la Policía Nacional, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Alcaldía Mayor de la Ciudad de Santa Fe de Bogotá etc., buscando elaborar una política nacional que permitiese un mejor manejo de esta problemática.

Cuando se vive cerca de una problemática tan grave como el abuso sexual en menores, y se constata que existen varios factores que deben ser analizados como la violencia del país, la familia, el proceso judicial, las pruebas o evidencias de este delito, la impunidad, la normatividad, etc., se llega a la pregunta fundamental de este trabajo, que es: ¿Por qué el manejo del Abuso Sexual Intrafamiliar en niños, niñas y adolescentes en Santa Fe de Bogotá - Colombia es tan difícil?

Para lograr un acercamiento a la respuesta de tal cuestión se utilizó el diagrama de “causa-efecto” de Campos (1999), en el cual el problema generado o efecto es la dificultad del manejo del Abuso Sexual Intrafamiliar en niños, niñas y adolescentes en Colombia, y las posibles causas generadoras serían clasificadas en 5 grupos:

a) La víctima y su medio intrafamiliar: El Abuso Sexual por personas conocidas (familiares, amigos, vecinos, maestros, etc.), que mediante la posición de poder, de autoridad o mayoría de edad, aprovechan del menor y utilizando diferentes medios (chantaje, dádivas, intimidación, etc.), sin violencia y mediante el secreto logran durante mucho tiempo (incluso años) realizar actos sexuales abusivos con menor (caricias, tocamientos, besos, etc.) hasta lograr el acceso carnal. El menor, al ser víctima de este tipo de abuso sexual queda en un estado de “angustia” porque no se atreve o no puede

contar, o no le creen y tiene que guardar “el terrible secreto” conocido solamente entre el agresor y él, lo que finalmente hace que quede más a merced del abusador, perpetuando el abuso sexual. Cuando cuenta el hecho a alguna persona (la mayoría no lo hace) ya ha transcurrido mucho tiempo.

b) El procedimiento poco efectivo: Los menores en Colombia requieren de la tutela, el apoyo o la representación de los adultos para denunciar los abusos y atropellos realizados contra ellos. Solos, no pueden hacer valer sus derechos o defenderse. Además, las barreras de comunicación presentes entre los adultos y los niños generan grandes dificultades para la denuncia. El papel que ejerce la familia sobre el menor, ya sea de apoyo o de rechazo, la respuesta institucional al menor y a la familia son, entre otros, los factores que estarían generando las causas para un buen o mal resultado de la atención y manejo de esta problemática.

El manejo dado al abuso sexual intrafamiliar por las personas e instituciones responsables de su atención en Colombia, genera muchas dificultades. Por ejemplo, cuando se realiza la denuncia a las autoridades (policía, comisarías de familia, defensorías de familia, etc.), éstas solo reciben la denuncia y remiten al menor a un examen médico legal en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) sin hacer un acompañamiento e iniciar el apoyo o protección al menor y la familia y con una alta probabilidad de pérdida del caso. El INMLCF remite el dictamen medico legal a la autoridad solicitante y, si es positivo el resultado, la autoridad lo remite a la Fiscalía para que se inicie el proceso judicial con la fase investigadora. Cuando la Fiscalía General de la Nación cita al menor y a la familia, algunos días después (incluso meses) de la denuncia, para iniciar la investigación, las posibilidades de éxito del proceso judicial son mínimas, por factores tales como el tiempo transcurrido, la dificultad para encontrar al menor y su familia, la pérdida del agresor, la negación del hecho, etc.

Al tener en cuenta otros aspectos, tales como los interrogatorios a menores mal dirigidos, la infraestructura locativa en la mayoría de los casos inadecuada para realizar este tipo de exámenes, la falta de apoyo y seguimiento al menor y la familia, podemos plantear que el actual modelo de atención del abuso sexual en menores en Colombia requiere de una discusión y de un análisis profundo en su proceso de atención, con el fin de identificar las causas fundamentales que puedan intervenir negativamente para solucionar en forma eficaz y oportuna este problema.

c) Medios probatorios difíciles: La legislación colombiana determina cinco medios probatorios y reglamenta cada uno de ellos.

1. Prueba testimonial: Es aquella dada por testimonios o relatos de personas que permiten comprobar un hecho delictuoso o identificar al autor. El abuso sexual intrafamiliar muy pocas veces se perpetúa frente a testigos, de allí la escasez y dificultad de obtener este medio probatorio.

2. Prueba documental: Es un registro verificable del hecho delictivo, tal como fotografías, videos, cintas magnetofónicas, etc. Es muy ocasional la posibilidad de contar con este tipo de pruebas documentales en el abuso sexual intrafamiliar.

3. Confesión: Es la aceptación del hecho delictivo por parte del agresor. La tendencia de los autores de este tipo de delito es negar su participación.

4. Inspección: Es la observación directa en la escena del delito para obtener evidencias (fotografías, residuos de semen, registros de signos de violencia, etc.) Sería una de las mejores y más eficaces herramientas para obtener elementos de prueba que permitan conocer las circunstancias en las que se cometió el suceso, el problema es que, cuando el menor relata lo sucedido, ya ha transcurrido mucho tiempo.

5. Prueba pericial: Es el examen médico legal que permite que el médico forense examine al menor y a través de una anamnesis, una exploración física, un análisis de las ropas o un análisis de muestras biológicas (sangre, semen, cabello, DNA, etc.) determine la comisión del delito. En un alto porcentaje no se encuentran hallazgos positivos con esta prueba, lo que no significa que si el resultado es negativo, no ha sido abusado sexualmente el menor. Siendo este uno de los principales problemas para demostrar el abuso sexual en menores.

De lo anterior podemos concluir que para demostrar, a través de pruebas o evidencias, la ocurrencia del abuso sexual intrafamiliar a menores, en la mayoría de los casos es muy difícil hacerlo. Según Popper (1972), el falseamiento es más fácil que la verificación, porque es más fácil para un científico apoyarse en métodos confiables para determinar si una teoría es falsa, que para determinar si ella es verdadera. Esto es lo que generalmente ocurre en el manejo diario del abuso sexual en Colombia, cuando no se logra obtener la evidencia, como ocurre en la mayoría de los casos. Eso significa que demostrar que el menor dice la verdad, es más difícil que demostrar que el niño dice mentiras y además, como dijimos anteriormente, es difícil obtener la prueba o demostración contundente del delito, por lo tanto, es más fácil concluir que no hubo daño o abuso sexual al menor.

Al revisar las denuncias presentadas por este tipo de delitos no se encuentra información sobre los procesos judiciales iniciados y menos aún sobre los finalizados. Cayendo, todos estos esfuerzos de lucha contra el abuso sexual de menores, en el vacío por la dificultad en la obtención pruebas, lo que resulta en un alto grado de impunidad.

d) Factor humano e Institucional: En Colombia, en la mayoría de las instituciones encargadas de manejar los delitos sexuales, no existe un proceso de capacitación y entrenamiento permanente dedicado al abordaje de este tipo de delitos y la atención a las víctimas. Además hay un bajo nivel de compromiso de la mayoría de las personas que trabajan esta problemática, los cuales, al no tener ningún tipo de incentivo, en la mayoría de los casos generan el llamado Maltrato Institucional.

Otro componente del problema lo constituye la formación académica del personal de salud y de ciencias sociales, presentando grandes vacíos de conocimientos y de metodologías para su intervención, así como también para el abordaje de la familia. Por tanto, es fundamental la participación de instituciones formadoras de recursos humanos, para mejorar su capacitación, lo que garantizará un desenvolvimiento más ágil y eficiente en el abordaje de esta problemática.

Otros factores como la escasez de personal para la atención adecuada a este tipo de delitos, la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo psicológico que permita enfrentar diariamente estos de casos, inciden también de manera importante en el resultado del manejo de los delitos sexuales en menores.

e) Legislación inadecuada: En Colombia existen diferentes leyes dirigidas a apoyar la Convención sobre los Derechos del Niño y a garantizar el cumplimiento de los derechos de los menores, no obstante, su cumplimiento no se lleva a cabo.

A continuación describimos muy escuetamente los contenidos de cada capítulo en los que está dividido el presente trabajo.

En el primer capítulo iniciamos la discusión del problema de la violencia en general, la violencia social y su relación con la violencia sexual. Cómo la violencia en Colombia se relaciona con la violencia urbana y especialmente la violencia intrafamiliar y el abuso sexual.

En el segundo capítulo buscamos articular el marco conceptual y metodológico que servirán de guía para el desarrollo de la tesis.

Analizamos, en el tercer capítulo, las características de la familia y sus actores (agresores, víctimas, familiares) en la dinámica del abuso sexual intrafamiliar.

En el cuarto capítulo se tuvo en cuenta el proceso del abuso sexual intrafamiliar desde la sospecha, la denuncia, las pruebas, el dictamen médico legal, el manejo interinstitucional y comentarios sobre la legislación del abuso sexual en menores, analizando sus diferentes actores a nivel interinstitucional.

Un enfoque desde la ética y la moral fue analizado en el quinto capítulo, procurando analizar la moralidad del abuso sexual en menores, tomando en cuenta las características de los actores involucrados y del proceso. Desde la ocurrencia del abuso sexual intrafamiliar, pasando por los momentos de la denuncia por parte de familiares o conocidos, la atención prestada a la víctima y a la familia por parte de las instituciones estatales, y el juzgamiento del probable agresor por parte de los órganos judiciales.

Finalmente, en las conclusiones presentamos las principales características de la problemática y las alternativas para su abordaje.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la problemática del manejo del abuso sexual intrafamiliar en menores en Santa Fe de Bogotá Colombia, caracterizando los actores involucrados, los procedimientos realizados, las políticas, normas, leyes y su aplicabilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir las características de las víctimas de abuso sexual intrafamiliar en Santa Fe de Bogotá - Colombia;
- b) Identificar en el abuso sexual en el ámbito familiar, los factores protectores y de riesgo, sus posibles causas y soluciones para reducirlo;
- c) Aportar a los actores involucrados en la prevención, detección, atención y seguimiento del abuso sexual intrafamiliar, con el debate de las dificultades y las soluciones encontradas para su atención y aplicación de las políticas y leyes.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

CAPITULO I – MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

I.1. La Violencia como campo de estudio

I.1.1. La Violencia como referencial teórico

El objeto de este estudio se enmarca dentro del área de la violencia sexual contra menores ejercida por familiares, personas cercanas o conocidas en el núcleo de la familia. Tenemos que reconocer como violencia a una manera de actuar, una conducta, una opción desarrollada, aprendida, ejercida en las relaciones entre los seres humanos; en este caso dirigida contra los niños, niñas y adolescentes. Por ser una conducta humana, genera un conjunto de aspectos que se entrecruzan, se van acumulando y transformando en diferentes respuestas, actitudes, significados e implicaciones.

La violencia ha estado presente en la historia de la humanidad, en su cotidianidad milenaria, engendrada y sufrida en los diferentes niveles tanto individuales como colectivos: familia, etnia, nación, clase, grupo, etc. Por ello, según Minayo & Souza (1999), *“la violencia, es muy difícil de conceptualizar, por ser ella una forma propia de relación personal, política, social y cultural, resultante de las interacciones sociales y que se define a partir de las relaciones de fuerza en una determinada sociedad”* (p.10).

Al analizar la realidad humana frente a la violencia con sus diferentes dimensiones e implicaciones, tenemos que aceptar como dice Fanon (1965), *“la violencia representa la praxis absoluta”*(p:77), es decir, representa un histórico social que depende de su forma, intensidad e intencionalidad de generar un daño para lograr un fin. Es el tipo de daño producido el que nos permite diferenciar y clasificar las distintas violencias, ya sean, físicas, psíquicas o sexuales.

El Diccionario de la Real Academia Española (1992) explica que “violentar” es *“aplicar medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia”*(p.1035). De este modo se ha definido a la violencia como *“el uso de una fuerza, abierta u oculta, con el fin de obtener de un individuo o de un grupo lo que no quieren consentir libremente”*(1035). Hay diversas formas de conceptualizar la violencia teniendo en cuenta abordajes diferentes, tales como el psicológico, médico, antropológico, sociológico, legal o policial. Algunos autores como Fanon (1961), destaca el carácter de la violencia del colonizado frente al colonizador. Sartre (1961) la reconoce como proceso de reintegración humana. Franco (1998) define la violencia como una forma de relación humana, en la cual, para el logro de un determinado fin, se utiliza la fuerza, produciendo siempre daño al otro. Para Arendt (1969) la violencia es un instrumento que explica su diferencia con el poder, su irracionalidad y su potencialidad de generar más violencia. Según Rosenberg & Mercy (1991) la violencia es la amenaza o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder, bien sea físico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad, o contra sí mismo, y produce, o tiene alta probabilidad de producir, daño en la integridad física, psíquica, sexual, en la personalidad, y aún en la libertad de movimiento de la víctima.

Son múltiples las teorías que tratan de dar una explicación; según Minayo & Souza (1999) la violencia considerada por unos autores como un problema social e histórico (Arendt, Fanon, Marx, Engels, Mao Tsé-Tung, Sartre, Domenach y Freud entre otros) y por algunos otros como un fenómeno inherente a la naturaleza humana y a los condicionamientos biogenéticos que se procesan en los individuos (Barash, Wilson, Lorenz), *“necesita ser interpretada en sus varias fases, de forma interconectada, en red, y por medio de los eventos en que se expresa, repercute y se reproduce”*(p.11). La violencia es polifórmica, multifacética, y se encuentra diluida en la sociedad bajo las más diversas manifestaciones que se entremezclan, interactúan, se alimentan, realimentan y se fortalecen (Neto & Moreira, 1999).

En estas definiciones hay dos elementos que es importante destacar. En primer lugar, el concepto se refiere a la fuerza física y en tal sentido se excluyen otros tipos de agresiones que no se enmarcan en el ámbito de lo corporal. En segundo lugar, el concepto incluye también la variable de la intencionalidad, la cual excluye aquellos hechos no intencionales que producen lesiones.

La violencia es una confrontación de fuerzas desiguales, una relación asimétrica, un juego de poderes e intereses, de razones y afectos, un medio para fines específicos, que se van contextualizando con una determinada intención y su mensaje debe ser comprendido, analizado, explicitado para poder obtener una respuesta al por qué de esa violencia. Por ejemplo, las agresiones sexuales expresan conductas alteradas y pueden tener como finalidad la satisfacción de un instinto desviado, un deseo de venganza o una humillación colectiva como en el caso de las guerras. Esta forma de violencia sexual, quizás después del homicidio, es una de las mayores expresiones de una relación violenta, pues viola la intimidad de la persona, que como anota Rawls (1990), es una de las libertades fundamentales del ser humano.

La violencia social en sus diversas formas, afecta cada día más a la familia y especialmente a los más débiles: niños, ancianos y mujeres. Tales formas pueden incluir desde el no-acceso a la educación, salud, vivienda, trabajo, etc., hasta las más graves que demuestran el deterioro de la sociedad, y en los menores están representadas por los niños de la calle, los menores infractores, los desplazados por la violencia, los vinculados a la guerra, los prostituidos, los niños trabajadores, los maltratados, etc. Es una consecuencia de la falta de servicios sociales de subsistencia y de garantías estatales, que produce pobreza y miseria; generando grupos sociales violentos hacia el interior de su unidad o grupo social y engranados dentro de un sistema marginal y delictivo como fuente de todo tipo de violencia, inclusive la sexual, especialmente en los niños, niñas y adolescentes.

Según Jimeno & Roldan (1996), en la agresión y en la violencia inciden tres grandes conjuntos de factores:

a) Los relacionados con el desarrollo psicosocial, que envuelven las condiciones del aprendizaje de conductas y la interpretación de las interacciones con los otros. Por ejemplo, dentro del maltrato familiar, lo que aprenden los niños en su hogar durante sus primeros años, lo refuerzan en la adolescencia y lo practican cuando forman su propio hogar, en el cual la forma de resolución de conflictos con las personas que supuestamente aman es a golpes, gritos, donde el dominio no se logra por la razón sino por la fuerza. Es decir, lo que se transmite es una relación fundamentada en la agresión, el temor y el miedo.

b) Un componente biológico, que puede ser genético, defectos cromosómicos, mecanismos hormonales, efecto de los neurotransmisores, alteraciones o lesiones cerebrales, etc. Un ejemplo es el abuso sexual al menor, que lo va inhabilitando física y emocionalmente; con consecuencias a corto, mediano y largo plazo, sino se inicia una terapia individual y familiar de acuerdo con el caso específico.

c) Los procesos sociales, tales como condiciones económicas, estructura y relaciones familiares, densidad de población, falta de cohesión y otras características de cierto grupos sociales. Por ejemplo, cuando en el hogar se genera violencia intrafamiliar, especialmente abuso sexual, ése es el patrón de relación que se puede transmitir de generación en generación. Por ello, podemos afirmar que la infancia de la persona moldea la sociedad en que vivirá, la comunidad y la familia que formará.

Para romper este ciclo se requiere de una transformación de la cultura, buscando reinterpretar la realidad, a través de mecanismos de regulación de la conducta que permitan una readaptación tanto en su medio interno como externo, buscando como

dinámica un nuevo proceso de resocialización, permitiendo nuevas conductas aprendidas, aplicadas y eficaces. Durante este trabajo se mantiene una permanente interacción con los expertos profesionales entrevistados tratando de identificar esa realidad social, familiar, institucional, jurídica, médica y psicológica, para poder buscar nuevas respuestas aplicables a nuestra realidad social.

Esa búsqueda será centrada en el reconocimiento de contextos explicativos originales y, posteriormente, en los contextos que expliquen la dinámica del proceso del abuso sexual en menores, ya sea a nivel intrafamiliar o institucional; pues en estos dos factores reconocemos un papel determinante en la intensificación del fenómeno del abuso sexual intrafamiliar, ya sea por vía directa o por el incremento de las condiciones estructurales tales como la impunidad, la perpetuación de la violencia social y específicamente de la sexual, la dificultad de medios probatorios en este tipo de delito, la legislación ineficiente, y finalmente la necesidad de un manejo integral inter e intra institucional que permita establecer con claridad el proceso de atención, protección y prevención de esta problemática.

El aspecto del manejo interinstitucional se convierte junto con la dinámica familiar en el eje central de la discusión de esta investigación. Esto significa que además de la violencia social recibida por el menor y su entorno, se genera otro tipo de violencia social llamada violencia institucional, de la cual formamos parte todas las personas o instituciones que de una u otra manera actuamos en el manejo de la problemática de la violencia sexual en menores.

Todas las facetas de la violencia tienen particularidades propias y al mismo tiempo se articulan con las demás. Por ello, es importante tratar de entender este fenómeno tanto con relación a sus raíces histórico culturales, así como su especificidad de acuerdo con los aspectos a ser analizados.

En este trabajo, analizaremos la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes ejercida dentro del ámbito familiar, conocida genéricamente como abuso sexual intrafamiliar en menores.

Cuando hablamos de violencia sexual nos referimos: a una serie de actos que engloban desde conductas aparentemente insignificantes como puede ser un manoseo, hasta diversas prácticas sexuales, impuestas y no consentidas incluyan o no la relación coital y una amplia gama de actos humillantes y dañinos, como penetración con objetos, prácticas sádicas, etc. La violencia sexual es mucho más frecuente de lo que la mayoría de las personas creen, de lo que los medios de comunicación difunden, de lo que las estadísticas y los registros oficiales establecen. La agresión sexual no es un hecho individual explicable por la patología, el desvío o la marginalidad de ciertos individuos en particular, sino que está profundamente enraizada en las relaciones de dominación entre varones y mujeres.

Reflejada en nuestra sociedad machista como herencia de nuestro sistema patriarcal español, donde las jerarquías de poder y autoridad están bien definidas. El hombre que ostentaba el poder, era el amo y señor, ello le permitía controlar y ejercer su autoridad sobre sus subordinados y esto incluía a su mujer y a sus hijos (Gutiérrez, 1997). Este poder se fue transmitiendo a sus generaciones posteriores a través de los hijos varones, especialmente el mayor, quien además ejercía el mismo poder sobre sus hermanos y especialmente sus hermanas. Al convertirse la sociedad de rural a urbana y transformarse la familia, hay una persistencia de tal dominación del hombre sobre la mujer.

Los maltratos son consecuencia de la situación de opresión que viven las mujeres en la sociedad patriarcal; esta situación de opresión y subordinación se basa en determinados valores que se han institucionalizado en las leyes y en las prácticas culturales (Marin &

Russo, 1999). La violencia masculina contra las mujeres es destructiva tanto para la propia mujer, como para su familia y la sociedad en general. Parece ser que, los hombres que utilizan la violencia física y el maltrato psicológico contra las mujeres lo hacen como una estrategia de control, para no perder ese poder y ese dominio.

El marco de la estructura patriarcal es el adecuado para situar el problema de la violencia masculina contra las mujeres, y este nuevo marco interpretativo, que logró hacer traspasar este problema del reducto de la privacidad doméstica al espacio público, hace obligatorio referirnos al género como construcción social por la cual se asigna dicotómicamente determinadas características, roles y comportamientos a las personas en función del sexo, características y comportamientos, que previamente la sociedad ha establecido y definido como masculinas o femeninas.

La violencia sexual contra los menores es quizá la expresión más dramática de la necesidad de una profunda revisión de los vínculos de los menores con los adultos. Con frecuencia, dichos vínculos se fundamentan en el autoritarismo, la subvaloración y la negación de sus derechos fundamentales. Esto implica ventajas sobre los menores, pues la jerarquía que da la edad o el parentesco a los adultos, les permite intimidarlos y manipularlos para convertirlos de víctimas en cómplices.

Los agresores suelen apoyarse también en la complicidad de los adultos y en el temor de las víctimas para denunciar, así como en falsas creencias sobre la sexualidad infantil, como que las niñas y niños provocan la agresión porque se insinúan o porque tienen fantasías sexuales y son mentirosos. Estos miedos y mitos respecto a la violencia sexual dificultan su detección, puesto que invade lo privado de la persona, no deja indiferente a nadie, nos afecta y nos interpela. Los agresores atentan contra la integridad física, psíquica y social de los menores, contra su libertad y dignidad. Se aprovechan de la condición de vulnerabilidad de los niños, quienes están iniciando los complejos procesos de aprendizaje y conocimiento, construcción de su psiquismo, identidad sexual y de género. Ellos no tienen una comprensión cabal de la sexualidad ni de las consecuencias y los riesgos del ejercicio sexual en condiciones de desigualdad física, psíquica, cognitiva y social. Por esta razón, el impacto sobre su salud mental y sexual perdurará durante muchos años.

El abuso sexual es una forma de abuso que afecta a la sexualidad del individuo. Es importante diferenciar la sexualidad de la genitalidad. La sexualidad de la persona está compuesta de múltiples contenidos, la que a su vez no puede ser limitada a la genitalidad. Este es uno de los aspectos importantes para comprender el abuso sexual infantil. En efecto, éste no se limita a realizar conductas genitales con el niño sino a un abanico de conductas sexuales mucho más amplio.

El verdadero problema, parece ser, el elevado costo que la población infantil y adolescente está pagando por los errores que los adultos hemos incorporado en el significado de la sexualidad. No solamente durante la etapa infantil en la cual los niños tienden a imitar y desear lo que desean los adultos, sino que continúa en los años de la juventud e incluso de la etapa adulta, creando las condiciones ideales para la violencia sexual. Reducir el sexo a la mera genitalidad es sembrar las semillas de la violencia sexual, y provocar a la larga actitudes de riesgo.

La revolución sexual ha sido absorbida en buena parte por la cultura y, aunque por eso mismo, ha dejado de ser algo nuevo y atrayente, lo cierto es que creó una marca indeleble que permitió primero la exaltación del sexo, luego su trivialización y, finalmente el desencanto. Vivimos en una época en que los impulsos, lo erótico, guían el comportamiento humano, demostrando inmadurez y desequilibrio anímico que termina en la tendencia de entablar relaciones interpersonales basadas tan sólo en el egoísmo.

I.1.2. Violencia en Colombia

La violencia es un factor permanente vinculado con la historia de Colombia desde hace varias décadas, incidiendo notablemente en el desarrollo integral y en la salud mental de las familias, y especialmente de los niños y jóvenes.

La violencia en Colombia según Pécaut (1987) es un elemento consustancial a la democracia colombiana, permitiendo una coexistencia íntima de la violencia tanto en lo social como en lo político. Resaltando la importancia del tejido social como creador de las condiciones propicias para el desarrollo de la violencia.

Según Franco (1999), al buscar y tratar de entender la correlación entre las condiciones estructurales y los procesos coyunturales de la violencia en Colombia, como el narcotráfico, el conflicto político militar y el alejamiento del Estado de las prioridades sociales no son sólo los grandes disparadores de la violencia contemporánea, ellos han empeorado las condiciones estructurales, se han entrecruzado entre sí y han penetrado los distintos órganos y sistemas de la vida nacional. No están disparando desde fuera el problema de la violencia. En parte lo constituyen y desde dentro del tejido nacional continúan animando más violencia, más inequidad, impunidad e intolerancia. Estas tres categorías constituyen los contextos explicativos básicos de la actual situación de violencia en Colombia.

La situación general de la violencia en Colombia, implica la presencia de diversos grupos armados en las regiones en conflicto, donde someten al campesino al manejo de delicadas relaciones de colaboración a las que no puede negarse y que lo llevan paulatinamente al aislamiento. Tanto el ejército como la guerrilla, los grupos paramilitares, el narcotráfico, etc., involucran a la población civil en el conflicto armado. Esta violencia altera las relaciones sociales tradicionales, se pierde la solidaridad con el vecino o amigo y se pasa a la desconfianza; la unidad familiar se desintegra hasta perder su identidad, es decir, se rompe el sentido de pertenencia a una colectividad. Las mujeres son utilizadas como militares en combate y, además, tienen que continuar a realizar las tareas de lavar y cocinar, especialmente aquellas que ingresan a la fuerza a estas organizaciones, siendo muy común el abuso sexual, el maltrato físico y la práctica de los abortos.

Por otro lado, la población civil es la víctima de esta violencia indiscriminada, la cual es obligada a salir y abandonar su territorio, son los llamados desplazados (Ministerio de Salud 1999), es decir, personas o grupos de personas que se ven obligados a abandonar sus viviendas, su trabajo, etc. por causa de amenazas y/o ataques contra su vida y la de su familia, dentro del marco del conflicto armado. Este desplazamiento por causa política; como señala Ardila (1996) en su libro “La cosecha de la ira”, es una forma de violencia que produce grandes cambios y alteraciones en la existencia psicológica, familiar, económica y social, dando lugar a un proceso de desarraigo que impide la creación del sentido de pertenencia a la cultura, la formación de una identidad y la construcción de ideales y valores.

En medio de esta violencia según informe de la Defensoría del Pueblo y UNICEF (Defensoría del Pueblo, 2002), se calcula que en Colombia son, por lo menos, seis mil menores haciendo parte de los grupos armados como los paramilitares y guerrilleros, con edades entre los siete y diecisiete años. Estos menores son obligados a realizar desde labores domésticas (cocinar, lavar trastos y ropa) hasta combatir y desarrollar misiones especiales de inteligencia. Para ello, reciben capacitación especializada en explosivos. Así mismo, *“son abusados sexualmente con el consentimiento de sus superiores y las niñas obligadas a ponerse dispositivos intrauterinos y practicarse abortos”*.

Son múltiples las causas que llevan a la vinculación de estos menores con los grupos armados, desde la falta de educación, el maltrato de sus familias y, en general, las condiciones de pobreza en las que viven las familias campesinas. Según el Defensor del Pueblo, hay un entorno en la Colombia rural en el que confluyen la cultura de la violencia, el abuso sexual y el reducido número de oportunidades de trabajo. En pocas palabras, es la falta de presencia del Estado en estas zonas del país.

En los últimos cincuenta años Colombia ha sufrido una transformación cultural (Vila, 1998), de un ancestro patriarcal y machista, donde el padre tenía una autoridad poco cuestionada y en donde la mujer y los niños no tenían un estatus alto, sino bajo y secundario. Dentro de los patrones de crianza se inculcaba el ocupar el tiempo permanentemente al trabajo, y lo peligroso del ocio en la formación del niño; el honor por medio de la honradez, la verdad y valor de la palabra; la expresión de afecto por medio de la alimentación, por el autoritarismo se cohibe la iniciativa de la mujer y los hijos. La trasgresión de estas normas implicaba sanción que incluía el castigo físico. Existía una marcada distinción de los sexos con campos de acción tajantemente separados. La mujer desempeñaba junto con sus hijas el trabajo agrícola desde temprana edad. Este machismo patriarcal permitía incluso la agresión sexual y el incesto encubierto, Aún hoy en día, en algunas regiones del país se encubren en forma soterrada casos de abuso sexual infantil e incesto, por creencias culturales.

Con la migración del campo a la ciudad, se genera en el país el crecimiento de las ciudades más importantes, al mismo tiempo que surge un proceso de movilidad social por medio de la educación, que altera jerarquías sociales anteriores y donde la mayoría de los habitantes pasan a depender del sector industrial y de servicios y dejan atrás su dependencia del agro. La creación de estas ciudades no planeadas, ni preparadas para las implicaciones sociales del aumento de población, genera pobreza, poblaciones sin arraigo, sin empleo, con aumento de la inseguridad y especialmente crisis al interior de la familia.

Al transformarse la cultura rural en urbana, se genera otro tipo de violencia que además de continuar recibiendo los efectos de una violencia de grupos armados, crea las condiciones para la violencia social. Esta se caracteriza por factores como: pérdida de redes familiares e institucionales; ingreso de la mujer a la vida laboral; aumento de separaciones y de madres solteras, aislamiento social especialmente en la crianza de los hijos. En nivel interno, en la familia persiste la estructura patriarcal en la que el padre o padrastro son quienes imparten la autoridad. Donde la resolución de conflictos al interior sigue siendo por medio de la fuerza, la distribución de tareas continua siendo demarcada por el sexo, a pesar del empoderamiento de la mujer por su participación laboral (Salazar, 1994).

Lo anterior significa que en el país, por tradición, el hombre es la persona a quien se le atribuye la autoridad sobre el hogar, sobre la mujer y sobre los hijos, dentro de tal status de autoridad tiene “permiso” cultural para castigar a los hijos y en muchos casos a la mujer. Tal ubicación de status genera conflicto y en casos extremos puede desencadenar en violencia intrafamiliar, pues la distribución de los ingresos femeninos, a diferencia de los masculinos, tienen cuestionamiento y en muchos casos apropiación.

Podemos decir, entonces, que en el país desde hace mucho tiempo existe una cultura de la violencia, que afectaba primero el campo y hoy está por campos y ciudades. Esta nueva cultura urbana, trae también consigo una falta de participación comunitaria, de colaboración y especialmente de sensibilidad y solidaridad, una pérdida de derechos y deberes, de normas y principios morales considerados fundamentales en los códigos éticos y jurídicos.

Si tenemos un problema grave, consecuencia de causas estructurales del poder y del Estado de 50 ó 60 años, debemos reconocer un problema de aprehensión de los valores sociales y democráticos dentro de nuestra sociedad, especialmente en su núcleo principal tal cual es la familia.

Es lógico que no tendremos una única respuesta a la cuestión de los diferentes factores que inciden sobre la violencia, dadas las múltiples interpretaciones de sus causas que se puedan dar para tener una plena comprensión de este problema, sin embargo, sí estamos seguros de que sus principales víctimas son los niños.

Según las declaraciones de la Defensoría de Pueblo (1998), la Fiscalía calcula en 25.000 los niños y niñas explotados sexualmente; la UNESCO estima que 2.800.000 niños y niñas se encuentran por fuera del sistema educativo; el Ministerio de trabajo considera que 2'700.000 niños y niñas trabajan en condiciones de alto riesgo para su salud mental y física; el Comité Internacional de Derechos Humanos (CIDH, 1999) dice que el 70% de desplazados del campo a las grandes ciudades por la violencia durante los últimos 15 años son niños y niñas menores de 19 años, cuyo número asciende a 1.260.000; Medicina Legal realiza anualmente un promedio de 10.000 dictámenes de maltrato infantil y 11.000 por abuso sexual. Aunque no se cuenta con estadísticas muy confiables en la materia, se estima que, en total, unos 6000 niños integran actualmente las filas de las organizaciones subversivas y de paramilitares. (CIDH, 1999).

La violencia intrafamiliar en Colombia tiene una alta prevalencia de evaluados en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses desde 1996 a 2001 (CRNV, 2001), de los cuales en promedio, el 67% es por violencia conyugal, el 17% por violencia entre otros familiares y el 16% por maltrato a menores. Debe tenerse en cuenta que estas cifras no reflejan la realidad del país, pues no conocemos el sub-registro de aquellas personas que no denuncian o, que al hacerlo, desisten de continuar el proceso judicial por diversas razones como vergüenza, sentimiento de culpa, falta de credibilidad en la justicia, intimidación o amenaza entre otras.

La tasa anual de violencia intrafamiliar ha tenido un incremento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) de 1996 a 1999, siendo de 126 por 100.000 personas lesionadas en 1996, 144 por 100.000 personas lesionadas en 1997, 152 por 100.000 personas lesionadas en 1998 y de 149 por 100.000 personas lesionadas en 1999.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante 1996 a 1999, realizó en promedio por año 11.710 reconocimientos médicos por delitos sexuales (CRNV, 2000), de los cuales el 85% se presentó en menores de edad. En Colombia la mayoría de edad se adquiere a los 18 años. A partir de 1996 se ha observado un aumento paulatino en la tasa de delitos sexuales por 100.000 habitantes; durante 1996 fue de 27, en 1997 fue de 28, en 1998 fue de 29 y en 1999 fue de 30.

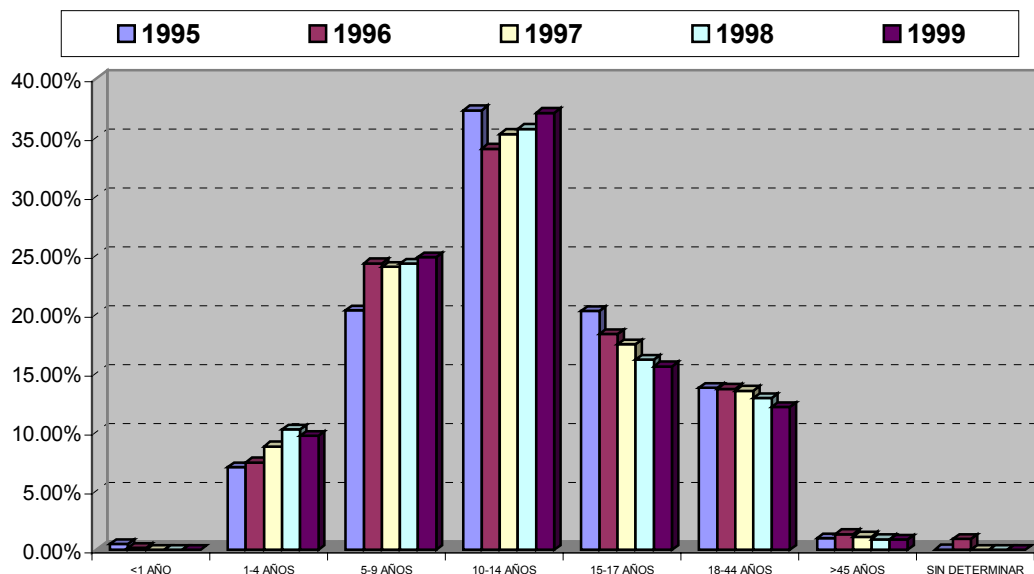
De los 9.153 casos por año, en promedio, durante 1995 a 1999 de los reconocimientos médicos por delitos sexuales en menores, realizados en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el 35,9% se encuentra en el grupo etáreo de 10 a 14 años, el 23,5% en el grupo etáreo de 5 a 9 años, el 17,5% en el grupo etáreo de 15 a 17 años, el 13,2% en el grupo etáreo de 18 a 44 años, el 8,6% en menores de 1 a 4 años y el 0,12% en menores de 1 año (ver grafico N° 1).

Lo anterior nos permite concluir que el mayor problema de los delitos sexuales en Colombia se presentan en menores de 18 años (86%). Por ello, esta investigación se centra en el abuso de niños, niñas y adolescentes discutiendo la dinámica del abuso y la respuesta institucional.

Grafico No 1

**DICTÁMENES SEXOLÓGICOS SEGÚN GRUPO ETAREO,
COLOMBIA, 1995-1999.**

Fuente: CRNV 2000



Fuente: CRNV, 2000

Al revisar el presunto agresor de los delitos sexuales en Colombia desde 1995 a 2001 fue identificado en el 75% de los casos, de los cuales en el 78% era una persona conocida y, de éstos, el 76% era algún familiar. Entre los familiares el 37% eran familiares como tíos, primos, cuñados etc., el padrastro en el 29%, el padre en el 28% y el cónyuge en el 6%.

Estos resultados nos permiten plantear una problemática severa en el abuso sexual en menores por parte de familiares, la cual es el objetivo básico de nuestra investigación.

En Colombia, la Corporación Excelencia en la Justicia (CEJ, 2000) dice que en 1999 "se registraron unos 4 millones 300 mil casos en la justicia ordinaria, de los cuales se evacuó sólo el 26%" (p:7) de ellos. Esta afirmación sugiere preguntarse ¿Qué hicieron las víctimas y familiares del 74 % restante a los que no llegó la acción de la ley?. El problema, según Bejarano (1996), es que Colombia está saturada por la más flagrante e intolerable ineficacia de los organismos de justicia y por una tan evidente como escandalosa impunidad.

I.2. Marco conceptual

I.2.1. El abuso sexual como una forma de maltrato infantil

El maltrato infantil es un fenómeno universal, que no reconoce límites culturales, ideológicos y geográficos; sus manifestaciones son múltiples con causas muy variadas, las cuales generalmente incluyen una historia familiar de violencia.

El maltrato al menor según la Defensoría del Pueblo (1994), se ha definido como "*toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño*" (p.3). Lo que significa que toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenace y/o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones, o la propia sociedad, es considerado maltrato infantil.

El maltrato no es un hecho aislado, sino un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores. Al revisar los modelos explicativos del maltrato infantil, Ammerman (1990), afirma que el maltrato es un problema multicausal; que

entre sus posibles factores determinantes, no existe evidencia sobre las posibilidades de un componente genético, excepto aquellas relacionadas con el síndrome de conducta antisocial; que los factores involucrados en el maltrato al menor probablemente interactúan de distintas formas, de manera que no hay una sola cadena causal, ni un conjunto de causas suficientes ni necesarias; la importancia de distintos factores varía de acuerdo con la edad o la etapa del desarrollo del niño; el maltrato ocurre cuando, en un momento dado, se suman múltiples factores de riesgo que pesan más que factores protectores o amortiguadores. En muchos casos esa interacción dará lugar a uno o más tipos de maltrato, por lo que no podemos considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno ajeno al resto de tipologías.

Dentro del concepto “maltrato infantil” se establecen distintas categorías en función de diferentes variables (Save the Children, 2001).

1. Maltrato físico. Cualquier acción no accidental por parte de cuidadores o padres que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. En los estudios sobre su incidencia o prevalencia, las definiciones de maltrato físico incluyen: palmadas, cachetadas, puños, patadas, empujones, sacudidas, soltar o botar por el aire, pegar con cualquier objeto, quemar, intoxicar, ahogar, o herir con arma. En estas definiciones, no es necesario que haya daño físico. Es suficiente la posibilidad del daño.

2. Negligencia y abandono físico. Situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados de salud) no son atendidas, temporal o permanentemente, por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

3. Maltrato y abandono emocional. El maltrato emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o el confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

4. Abuso Sexual. El *National Center for Child Abuse and Neglect*, (Paradise, 1990) lo define como contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.

Dentro de esta concepción de abuso sexual, destacamos las siguientes categorías:

✓1. Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

4.2. Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento.

4.3. Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

4.4. Explotación sexual infantil. Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia: Tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil y pornografía infantil.

Según la Asociación Brasileña Multiprofesional de Protección a la Infancia y la Adolescencia (ABRAPIA, 1997), el Abuso Sexual se puede dividir en dos tipos básicos, según haya o no contacto físico.

I.2.2. Abuso sexual sin contacto físico

Abuso sexual verbal en el cual hay conversaciones sobre actividades sexuales con el fin de despertar el interés en el menor o de irritarlo.

Telefonemas obscenos, que en la mayoría de las veces son realizados por adultos con el fin de generar ansiedad en el menor y la familia.

Exhibicionismo, que consiste en mostrar a los menores los órganos genitales del agresor con el fin de irritar al menor y tener una experiencia asustadora.

Voyerismo en donde se obtiene gratificación a través de la observación de actos sexuales o de los órganos sexuales de otras personas, sin que sea visto por los demás. Esta experiencia también asusta al menor.

I.2.3. Abuso sexual con contacto físico

Actos físicos genitales, los cuales incluyen relaciones sexuales con penetración vaginal, tentativa de relaciones sexuales, caricias en los órganos genitales, masturbación, sexo oral y penetración anal.

Sadismo, en donde la satisfacción sexual sólo se puede obtener infligiendo sufrimientos morales o físicos a los menores.

Pornografía y prostitución infantil, en donde el abuso sexual persigue fines económicos.

I.2.4. Concepto de abuso sexual de menores a nivel intrafamiliar

El abuso sexual intrafamiliar en niñas, niños y adolescentes (menores) ocurre en el ámbito de las relaciones de la familia ya sean éstas por consanguinidad, afectividad, protección, cercanía, amistad, relaciones escolares, económicas, etc., relaciones mantenidas, sobre todo, a través del poder y el secreto, es decir, el agresor es un miembro de la familia, o que tiene algún tipo de vínculo con la familia o con el menor. En la mayoría de los casos el abusador es una persona conocida por el menor y en quien generalmente confía. Además, este abusador es una persona que tiene cierto grado de ascendencia directa o indirecta sobre el menor. Durante esta investigación este concepto amplio de abuso sexual intrafamiliar será el marco de referencia y guía de su análisis e interpretación.

CAPITULO II
MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO II - MARCO METODOLÓGICO

II.1. Tipo de estudio

En esta investigación nos propusimos analizar el abuso sexual intrafamiliar, desde la dinámica social e institucional, tratando de comprender el significado que los diferentes actores construyen con relación a:

Las relaciones dentro de la familia entre el agresor, la víctima y los demás miembros del hogar y, la interpretación de su histórico cultural, es decir, sus costumbres, creencias, mitos, valores e ideales. Este análisis de las relaciones intrafamiliares fue interpretado no solamente enfocando el cómo se generó el abuso sexual hacia el niño, niña o adolescente por parte de ese familiar, sino que se hizo énfasis en las nuevas relaciones generadas dentro del núcleo familiar a partir de la denuncia y durante todo el proceso jurídico que se desencadena.

La asistencia prestada y las interacciones entre la víctima, el agresor, los familiares y los diferentes profesionales de las instituciones encargadas de la atención del abuso sexual, tanto del campo de la salud como del jurídico.

Buscamos interpretar ese contexto a partir de la óptica de una institución pública, como es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) que atiende a todas las víctimas y agresores de abuso sexual que presentan la denuncia para que sea iniciado un proceso judicial. La experiencia o práctica que el investigador tuvo en el INMLCF, le permitió participar activamente en las diferentes etapas del proceso, no solamente con la visión desde el campo de la salud por ser su formación profesional; sino también la jurídica que es el campo de interrelación de un médico forense.

Se realizó una investigación cualitativa y cuantitativa tipo exploratorio, del abuso sexual intrafamiliar en menores en Santa Fe de Bogotá - Colombia, con un abordaje desde el campo de la investigación social, en el cual según Minayo (1992):

“La teoría y las técnicas son indispensables para la investigación social, la capacidad creadora y la experiencia del investigador juegan un papel importante, (...) en parte es la capacidad de percibir a través de las cuestiones específicas levantadas, las correlaciones multilaterales y siempre mutables que cercan la realidad, (...) se trata de un imbricamiento entre la habilidad del productor, su experiencia y su rigor científico”. p. 20.

Esta experiencia del autor, fue lo que permitió trazar un marco referencial con base en supuestos vivenciados en el manejo del abuso sexual intrafamiliar, que se convierten en el eje fundamental de la dinámica que se establece durante todo el proceso de investigación. Esta conceptualización inicial, es compartida, analizada, discutida con los diferentes actores involucrados en el ámbito institucional y correlacionada con el marco teórico revisado en la extensa bibliografía analizada.

El abordaje del análisis de las diferentes fuentes de datos, fue realizado intentando articular datos cuantitativos y cualitativos, sin, todavía hacer un análisis muy profundo que pudiera configurar una triangulación de métodos tal cual es preconizada por Minayo & Cruz Neto (1999).

Según Cruz Neto (1994), los estudios cuantitativos y los cualitativos no se oponen, ni se contradicen, sino que se complementan y considera que los datos cuantitativos y cualitativos son inseparables e interdependientes. Este abordaje nos permite, en la práctica, recoger aquellos datos y aspectos relevantes que no pueden ser contenidos en números y, de otro lado, nos acerca a una realidad estructurada, la cual en ocasiones puede sólo quedarse en significados subjetivos.

Se hizo énfasis en la visión personal del autor, dada por la experiencia en el manejo interinstitucional de esta problemática; en donde se amplía la discusión de el campo de

la salud a otros sectores importantes y relevantes como el aspecto jurídico y el moral. Según Minayo (1992), en la investigación social:

“...la visión de mundo del investigador y de los actores sociales están implicadas en todo proceso de conocimiento, desde la concepción del objeto hasta el resultado del trabajo”(p.19)

Frente al fenómeno de la violencia que, además de ser un problema social, mantiene múltiples dimensiones, creemos que un abordaje desde las ciencias sociales sería el adecuado para una mejor comprensión desde el punto de vista de la salud pública, el cual según Pellegrini (1999) incluye cuatro elementos básicos: la transdisciplinariedad, es decir, la capacidad de construir puentes entre campos disciplinarios distintos; la complejidad, esto es, el desafío que supone lograr un conocimiento efectivo de totalidades complejas sin recurrir a abstracciones simplificadoras; la pluralidad, o sea, una actitud de apertura que rechaza las presuposiciones monolíticas, los monopolios del pensamiento y las aproximaciones controladas; y, finalmente, la praxis o necesidad de que los hallazgos de la ciencia se cristalicen en la práctica y que las explicaciones se den con el propósito de identificar puntos sensibles donde las intervenciones tengan mayor impacto.

Según Minayo (1992), *“el objeto de las ciencias sociales es complejo, contradictorio, inacabado y en permanente transformación”*(p.22). Por esto tenemos que comenzar haciendo una aproximación al problema, aunque no tengamos respuestas definitivas, manteniendo una interacción permanente entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas; procurando identificar esas relaciones sociales en el proceso del abuso sexual intrafamiliar.

Al entrar en el campo de la metodología de la investigación social, hallamos aspectos no resueltos, donde el debate es permanente y no concluyente, donde la opinión se basa en la observación de la realidad social y en la adecuación de un abordaje que comprenda esa realidad. Por esto, según Demo (1985), un análisis desde la dialéctica privilegia la contradicción y el conflicto sobre la armonía y el consentimiento; la transición y permanente cambio sobre la estabilidad; la comprensión de las formas históricamente diferentes de vivir en común; y el principio de unión de los contrarios que abarca las totalidades parciales y fundamentales.

Un análisis del abuso sexual intrafamiliar desde la dialéctica significa percibir que existe una relación entre el fenómeno y su esencia, donde el fenómeno de la violencia es la totalidad y, sin la comprensión de éste en sus diferentes manifestaciones, su esencia, es decir el abuso sexual intrafamiliar, no podría ser entendido.

Entre lo particular y lo general, es decir, que entre las dimensiones particulares del abuso sexual intrafamiliar, este método permite buscar el nexo explicativo de la violencia en general o, viceversa, que entre esa violencia en general podemos identificar ese nexo particular.

Entre la imaginación y la razón, lo cual quiere decir que no se puede negar el papel de la imaginación en el pensamiento científico. El análisis de los sentimientos, las ideas, los pensamientos de los actores involucrados en la violencia y especialmente del abuso sexual, permitirán una mejor comprensión de este fenómeno.

Entre la base material y la conciencia, significa la correlación entre las estructuras o procesos y las diferentes formas de pensar, siendo indispensable su estudio para el análisis de la violencia.

Entre la teoría y la práctica, permitiendo una transformación de nuestras ideas sobre la realidad y de ésta buscar la transformación de esa realidad. Esta conjunción entre la experiencia personal del manejo del abuso sexual en menores y el aporte del conocimiento sobre esta temática, permitieron el resultado de este trabajo.

Entre lo objetivo y lo subjetivo, permitiendo una libertad del abordaje social del fenómeno multicausal de la violencia y, especialmente, de esta violencia sexual poco explicitada y conocida.

Entre la inducción y la deducción, las cuales en la lógica dialéctica son complementarias y armónicas. Tenemos que conocer la violencia separándola en sus partes para después unirla, agruparla y comprenderla.

II.2. Local de estudio

La investigación fue desarrollada en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, Capital de Colombia, en varias instituciones que manejan la problemática del abuso sexual intrafamiliar en menores, desde su denuncia, investigación, juzgamiento, prevención y protección.

Las instituciones seleccionadas fueron aquellas que intervienen directamente en el proceso del abuso sexual intrafamiliar y fueron las siguientes:

a) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), es una entidad de derecho público, dotada de personería jurídica, con autonomía administrativa y patrimonial, organizado como establecimiento público de orden nacional, cuyas funciones son las de prestar auxilio y soporte técnico y científico a la administración de justicia en todo el territorio nacional en lo concerniente a la medicina legal y las ciencias forenses. Actualmente el servicio forense colombiano asiste a la comunidad a través de ocho regionales y treinta y cuatro seccionales que cobijan el país y una Dirección General con sede en Santa Fe de Bogotá.

Como servicios básicos en todo el país se encuentran el médico forense que atiende a personas vivas por cualquier tipo de lesión, maltrato o abuso, y el médico de patología forense que se relaciona con las personas que mueren trágicamente. En todas las Direcciones Regionales se cuenta con los servicios de neuropsiquiatría forense, biología forense y física forense, y sus respectivas ramificaciones, como son entre otras: odontología, antropología, toxicología, grafología y balística.

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá, el INMLCF cuenta con una unidad especializada en menores de 18 años, llamada Unidad Local de Atención de Menores (ULAM), localizada en un área diferente que permite una buena atención a los menores.

b) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), es un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Salud. El ICBF tiene por objeto propender y fortalecer la integración y el desarrollo armónico de la familia, proteger al menor de edad y garantizarle sus derechos. El ICBF está dirigido y administrado por un Consejo Directivo y un Director General quien dirige, organiza y ejecuta el servicio de bienestar familiar con una estructura desconcentrada, a través de una sede nacional, 28 regionales, 5 agencias a nivel departamental, 199 Centros Zonales en nivel municipal, donde profesionales de diferentes disciplinas (derecho, trabajo social, sociología, psicología, nutrición, pedagógica y otros) brindan asesoría permanente a los niños, niñas, jóvenes y padres de familia cuya situación así lo requiera, en lo referente a asistencia y asesoría social, psicológica, legal y nutricional, según los requerimientos o necesidades de la población que solicite el servicio.

c) Fiscalía General de la Nación, es una entidad de la rama judicial del poder público con plena autonomía administrativa y presupuestal, cuya función está orientada a brindar a los ciudadanos una cumplida y eficaz administración de justicia. La Fiscalía General se encarga de investigar los delitos, calificar los procesos y acusar ante los jueces y tribunales competentes a los presuntos infractores de la ley penal, ya sea de oficio o por denuncia. La investigación de oficio se realiza por iniciativa propia del Estado, y la investigación por denuncia cuando existe un tercero que es víctima de un

delito e instaura la denuncia ante alguna de las autoridades competentes (Comisaría, Inspección de Policía o Unidad de Reacción Inmediata de la Fiscalía, URI).

d) Unidad de delitos sexuales y Menores del Cuerpo Técnico de Investigación (CTI), pertenece a la Fiscalía General de la Nación, su función específica es colaborar con los Fiscales, en la investigación del delito sexual, tanto en la parte de investigación, como en su parte técnica o de análisis de información y de datos, es decir, a la realización de diligencias de Policía Judicial, tendientes al esclarecimiento de los hechos, a la identificación del agresor, ubicación de testigos, recolección de evidencias, o sea, todas aquellas labores encaminadas a llevar a cabo la recopilación de pruebas integradas para poder llegar a acusar al posible autor de un delito sexual, y así establecer su responsabilidad en la etapa del juicio. También se brinda apoyo a los fiscales en áreas como la lofoscopia (levantamiento de huellas dactilares), morfología (elaboración de retratos hablados), psicología (entrevista a las víctimas menores de edad, orientación y valoración).

e) Procuraduría General de la Nación, es un organismo que encarna al Ministerio Público, es decir, representa a la sociedad colombiana, supervigila la conducta de los servidores públicos, y defiende el orden jurídico y los derechos fundamentales.

f) Defensoría del Pueblo, es un organismo que vigila el comportamiento del Estado, frente al respeto, protección y realización de los derechos humanos, a través de la acción de sus agentes directos o indirectos. De igual manera, vela porque los actores del conflicto armado acaten y respeten las normas del Derecho Internacional Humanitario. Garantiza también la defensa jurídica de las personas en imposibilidad de proveérsela por sí mismas, por las razones que la ley señala, en el contexto de la realización de los derechos de acceso a la administración de la justicia y del debido proceso.

g) Penitenciaría Central La Picota en Bogotá, es una cárcel para varones ubicada en las afueras de la ciudad de Santa Fe de Bogotá. El local, de construcción antigua y de estilo tradicional, se encuentra aislado y bien protegido. Esta cárcel tiene una considerable población penal.

h) Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), es un Departamento Administrativo vinculado al sector central del Distrito Capital que depende directamente de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., y tiene como objetivo ejecutar las políticas de Bienestar Social que permitan el desarrollo integral de la población en total abandono y extrema pobreza. Participa en la formulación de las políticas sociales del Distrito Capital y ejecuta acciones de promoción, prevención, protección y restablecimiento, desde la perspectiva del derecho, para la inclusión social de las poblaciones que están en situación de vulnerabilidad, mediante la corresponsabilidad y la co-gestión entre la familia, la sociedad y el Estado.

i) Reunir, es un centro piloto que realiza tratamiento a menores de edad, víctimas de abuso sexual; está financiado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Es una Organización no Gubernamental (ONG), pero los recursos los obtiene a través de Bienestar Familiar, es decir, REUNIR es un centro del ICBF y es administrado por una ONG llamada Asociación Creemos en Ti.

j) Centro de Atención a Víctimas de Delito Sexual: se fundó en el año de 1999, a raíz de un convenio que se hizo con diferentes entidades, como fueron: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Defensoría del Pueblo, Fiscalía General de la Nación, Bienestar Social del Distrito, Procuraduría General de la Nación. En un solo edificio atienden todas las anteriores instituciones a víctimas de delitos sexuales.

II.3. Definición de la muestra, fuente de datos e instrumentos de recolección de datos

II.3.1. Para el análisis cuantitativo

Para la obtención de los datos cuantitativos la fuente utilizada fue la base de datos del INMLCF en nivel nacional y especialmente la de los dictámenes sexológicos, en niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, atendidos por la Unidad Local de Atención al Menor (ULAM) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Ciudad de Santa Fe de Bogotá, Colombia, durante los años de 1996 a 2001.

II.3.2. Para el análisis cualitativo:

Las técnicas empleadas en la recolección de datos del análisis cualitativo fueron: **a)** El análisis documental y **b)** Entrevistas semiestructuradas individuales.

II.3.2.1. Análisis documental

El análisis documental se basó en el dictamen médico legal de los delitos sexuales a nivel intrafamiliar, en niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, atendidos por la Unidad Local de Atención al Menor (ULAM) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Ciudad de Santa Fe de Bogotá - Colombia. Además, se utilizaron reportes de gestión de algunas instituciones involucradas en el proceso de la respuesta institucional a la problemática del abuso sexual en menores.

II.3.2.2. Entrevistas individuales

La entrevista es la técnica más usada en el trabajo de campo, permitiéndonos obtener dos tipos de información (Minayo, 1992), una concreta u objetiva referida a la realidad y otra subjetiva referida al individuo entrevistado, es decir, sus actitudes, ideas, creencias, opiniones, sentimientos, etc. Las entrevistas son procesos fundamentales de comunicación y de interacción humana que correctamente aplicados permiten informaciones y elementos ricos y matizados. Durante la entrevista se puede identificar las percepciones del entrevistado frente a un acontecimiento o a una situación, al igual que permite un mayor grado de autenticidad y de profundidad en la problemática.

Las entrevistas se pueden clasificar de acuerdo a su estructura en (Minayo, 1992): **a)** Sondeo de opinión, en donde las respuestas son presentadas por el entrevistador mediante un cuestionario estructurado; **b)** Entrevista semiestructurada que permite tener preguntas cerradas o estructuradas y preguntas abiertas en donde el entrevistado tiene la posibilidad de hablar ampliamente sobre el tema; **c)** Entrevista abierta, en donde el informante discurre libremente sobre el tema que le es propuesto; **d)** Entrevista no dirigida, centrada o focalizada donde, sin previa planificación, se profundiza un determinado tema; **e)** Entrevista proyectiva, centrada en técnicas visuales para profundizar informaciones sobre determinado grupo.

La entrevista semiestructurada es la más utilizada en la investigación social, en el sentido que no es completamente abierta, ni tampoco tiene un número determinado de preguntas. El investigador dispone de una serie de preguntas guías, relativamente abiertas, permitiendo que el entrevistado pueda hablar abiertamente, con sus propias palabras y en el orden que más le convenga. El entrevistador simplemente se esforzará por reencaminar la entrevista hacia los objetivos establecidos, cada vez que el entrevistado se aleje de ellos, y en colocar las preguntas a las cuales el entrevistado no llega por sí mismo, haciéndolo en el momento más apropiado y de una forma natural (Cruz Neto, 1994).

En esta investigación utilizamos la entrevista semiestructurada con los profesionales de las diferentes instituciones involucrados en la atención, prevención y promoción del Abuso sexual intrafamiliar en la Ciudad de Santa Fe de Bogotá - Colombia. Estos

“Informantes-clave” fueron: Expertos de la Fiscalía (Fiscales), Ministerio de Justicia (Jueces), Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (médicos forenses), Procuraduría General de la Nación (abogados), Comisarias de Familia (psicólogos, trabajadores sociales, abogados), Defensorías de Familia (psicólogos, trabajadores sociales, abogados), Defensoría del Pueblo (abogados), Cárcel la Picota (socióloga) y una Organización no Gubernamental (psicóloga), Centro Interinstitucional de atención a víctimas de Delitos Sexuales (Fiscal). También fueron entrevistados familiares o representantes de los menores. No fue posible entrevistar a un agresor de las personas que asisten al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para la realización del examen médico legal.

Las entrevistas individuales fueron gravadas en cintas cassette y posteriormente transcritas en su totalidad.

a). Profesionales de instituciones involucradas en la atención, prevención y promoción del abuso sexual intrafamiliar en la Ciudad de Santa Fe de Bogotá - Colombia.

En el análisis cualitativo el criterio no es numérico, preocupándonos más por una representación de personas e instituciones que permita reflejar la totalidad del problema en sus múltiples dimensiones. Según Minayo (1992) en la muestra cualitativa se debe privilegiar a los sistemas sociales que contengan los atributos que se pretenden investigar; considerar un número suficiente para permitir la reincidencia de informaciones; diversificar a los informantes para posibilitar la aprehensión de semejanzas y diferencias; buscar que ese grupo de información contenga el conjunto de las experiencias y expresiones que se desea obtener con la investigación.

Fueron seleccionados los profesionales más interesados en la problemática del abuso sexual de menores, de mayor nivel jerárquico y con un amplio conocimiento y experiencia sobre este tema; de las instituciones involucradas en la atención, prevención y promoción del Abuso sexual intrafamiliar en la Ciudad de Santa Fe de Bogotá - Colombia.

Los profesionales entrevistados fueron:

- a) Médico Forense del INMLCF, de la Unidad Local de Atención de Menores (ULAM);
- b) Abogada, del grupo de menores y delitos sexuales del Cuerpo Técnico de la Fiscalía (CTI);
- c) Fiscal, del Centro Interinstitucional de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales;
- d) Fiscal de la Unidad de Delitos Sexuales;
- e) Abogado, de la Defensoría del Pueblo;
- f) Abogada, Ministerio Público, de la Unidad Especializada de Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana;
- g) Abogada, Defensora de Familia de la Unidad de Abuso Sexual, del ICBF.
- h) Psicóloga, Fiscalía de la Unidad de Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana;
- i) Abogado, de la Unidad de Violencia Intrafamiliar del ICBF;
- j) Psicóloga, Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) de la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, del Consejo Distrital para la atención integral a los menores en abuso y explotación sexual;
- k) Socióloga, Cárcel La Picota, del grupo Interdisciplinario del Sistema Progresivo Penal;
- l) Psicóloga, del Centro Piloto Reunir (ONG).

Todos los profesionales se mostraron muy interesados en contribuir con la encuesta y estuvieron siempre disponibles para su realización; a pesar de la carga laboral tan excesiva que permanentemente mantienen.

Las entrevistas se centraron en cinco tópicos generales: **a)** La dinámica del abuso sexual dentro de la familia; **b)** El procedimiento para la atención del abuso sexual intrafamiliar; **c)** Los medios probatorios o de diagnóstico utilizados en el abuso sexual intrafamiliar; **d)** El factor humano e institucional en el manejo del abuso sexual en menores; **e)** La Legislación Colombiana sobre el abuso sexual en menores y su aplicabilidad. El cuestionario de la entrevista con profesionales, se encuentra en el anexo N° 1.

Las apreciaciones de los profesionales entrevistados, están identificadas como P1, P2, P3, etc.

b) Padres y/o responsables de víctimas de abuso sexual intrafamiliar en la Ciudad de Santa Fe de Bogotá - Colombia.

Se realizaron entrevistas a padres de familia y/o acompañantes del menor víctima de abuso sexual intrafamiliar, que estaban presentes en el momento de la atención en la ULAM del INMLCF o en el Centro Interinstitucional de atención a víctimas de Delitos Sexuales. Se definió entrevistar a personas que asistían por segunda o más veces a la atención en estos centros. Por ello, se dificultó un poco el trabajo y sólo se realizaron tres entrevistas, las cuales fueron: **a)** Una madre con tres hijas abusadas por el padrastro, con el presunto agresor detenido y un tiempo de cinco años transcurridos desde la denuncia; **b)** Una madre con tres hijas abusadas por el padre, con un tiempo de quince días transcurridos desde la denuncia. **c)** Una trabajadora social sobre de una adolescente abusada por el tío, descubierta en el hospital por aborto, con el presunto agresor detenido y con un tiempo de un año transcurrido desde la denuncia.

Las personas encuestadas colaboraron durante la entrevista. La temática de la entrevista se centró en: **a)** Relaciones y comportamiento entre los miembros de la familia; **b)** La relación entre la víctima y el agresor; **c)** El manejo del problema y su denuncia; **d)** Respuesta institucional y consecuencias del problema. El cuestionario de la entrevista a padres de familia y/o acompañantes del menor víctima de abuso sexual intrafamiliar, se encuentra en el anexo N° 2.

Los aportes de los familiares entrevistados, están identificados como F1 y F2; y el acompañante entrevistado como A1.

II.4. Análisis de la información

II.4.1. Análisis cuantitativo

Los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Santa Fe de Bogotá - Colombia, están presentados en publicaciones anuales realizadas por el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CNRV) del INMLCF, los que recopilan y analizan la información de los dictámenes médico-legales en todo el país, la cual está en un sistema Data-base que permite obtener todas o parte de las variables allí incluidas, las cuales contienen información sobre: institución que hace la solicitud y tipo de solicitud; nombre del informante y su relación con el menor; lugar de los hechos y de residencia; nombre del menor, edad, sexo y las variables del examen médico legal (ver anexo N° 1).

Los datos obtenidos a través de estas publicaciones sobre abuso sexual en menores, desde 1996 a 2001, fueron transcritos en el programa Epi-Info, versión 6.02, a través de su recurso de análisis, para realizar el análisis de las respectivas variables recolectadas. Se realizó una distribución de las variables en términos de frecuencias absolutas y relativas. Cuando fue pertinente, se hicieron análisis de media, mediana y valor estadístico.

II.4.2. Análisis cualitativo

En la investigación cualitativa el investigador y los actores sociales, son fundamentales permitiendo, según Chizzoti (1998), la reconstrucción de una manera adecuada de las experiencias individuales y colectivas, la comprensión de los significados sociales, el compartir y participar de las experiencias; lo que permite generar nuevos conocimientos y prácticas exitosas para intervenir en los problemas identificados. Esta investigación en su parte cualitativa pretendió ser holística y dinámica, haciendo un análisis de las cosas como un todo, preocupándose de los diferentes procesos de interacción de la violencia, el abuso sexual y su contexto social, cultural e histórico.

Los objetivos del análisis del material recogido, según Minayo (1992), son, entre otros, los siguientes: **a)** Superar la incertidumbre, es decir, tener la certeza de que realmente el contenido recogido, es el esperado; **b)** Enriquecer la lectura, o sea, comprender los significados y los contenidos; **c)** Integrar los descubrimientos dentro del marco contextual en el cual se inserta la investigación.

En la fase de análisis o interpretación de los datos, es importante inicialmente reflexionar un poco sobre la finalidad de esta fase y que, según Minayo (1992), nos permiten comprender el fenómeno, confirmar o negar una hipótesis o ampliar el conocimiento. El análisis de la información comprende una descripción de los datos recolectados, un análisis de la relación entre las variables, permitiendo una interpretación de forma articulada con los conocimientos.

Según Bardin (1977) el análisis de contenido son *"las técnicas de análisis de comunicación, que permiten por procedimientos sistemáticos y objetivos describir el contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción o recepción de estos mensajes"*(p.42).

En la investigación cualitativa, existen varias técnicas de análisis de contenido (Minayo, 1992), tales como: **a)** Análisis de expresión, en donde se trabajan indicadores que permiten conocer la relación entre el tipo de discurso y las características de la persona y su medio; **b)** Análisis de las relaciones, que procura una interacción de las relaciones que los varios elementos mantienen entre sí, dentro de un texto; **c)** Análisis de evaluación o representación, que mide las actitudes del locutor con relación a los objetos a los que se refiere; **d)** Análisis de enunciación, en donde la comunicación es un proceso activo en permanente transformación; **e)** Análisis temático, consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifiquen alguna cosa para el objetivo analítico trazado. La noción de tema esta ligada a una afirmación respecto de determinado asunto, contiene un acervo de relaciones y puede ser gráficamente representado a través de una palabra, una frase, un resumen. Según Bardin, (1977), *"El tema es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura"*(p.105).

En nuestra investigación, el análisis de contenido fue utilizado teniendo en cuenta el objetivo de la misma, tratando de sistematizar e interpretar las informaciones obtenidas a través de las entrevistas. Se optó por la técnica de análisis temático, que es la más adecuada para este tipo de investigación. Se siguieron las tres etapas propuestas por Bardin (1977), para operacionalizar el análisis temático:

II.4.2.1. El Preanálisis

En esta etapa, se escogen los materiales a ser analizados, se hace una lectura exhaustiva de todo el material recogido llamada *"lectura flotante"*, la cual nos permite revisar y comparar las hipótesis iniciales con las hipótesis emergentes; verificar la validez del material en términos: **a)** Exhaustividad, es decir, que contemple todos los aspectos

formulados durante la planificación; **b)** Representatividad, o sea, que contenga la representación del universo pretendido; **c)** Homogeneidad, que contenga criterios precisos en términos de temas, técnicas e interlocutores; **d)** Pertinencia, que los documentos analizados deben ser adecuados al objetivo de la investigación.

En este preanálisis, se elaboran indicadores que orienten la interpretación final. Se determina la unidad de registro (temas), las unidades de contexto (la delimitación del contexto de comprensión de las unidades de registro), las categorías y los conceptos teóricos más generales que orientarán el análisis.

II.4.2.2. Explotación del material

Esta etapa consiste en la transformación de los datos brutos en un núcleo de comprensión del texto, es decir, de codificación. Se trabaja primero con el recorte de texto en unidades de registro, seguido de una clasificación y selección de categorías teóricas o empíricas que permitirán la especificación de los temas.

II.4.2.3. Manejo de los datos obtenidos:

Se debe realizar interpretaciones o inferencias de las informaciones obtenidas, buscando nuevas dimensiones teóricas sugeridas por la lectura del material. Según Gomes (1993), se debe tratar de descubrir el contenido subyacente que no se manifiesta, buscando tendencias u otras determinaciones, características del fenómeno que estamos estudiando.

II.4.2.4. Recursos

Desde el punto de vista de recursos humanos, además del investigador principal, se contó con la colaboración de un investigador auxiliar, quien realizó algunas entrevistas a profesionales. Los recursos financieros fueron todos por parte del investigador principal.

II.4.2.5. Aspectos éticos

A todas las personas entrevistadas, se les garantizó el anonimato, su participación fue espontánea y concordaron en firmar el consentimiento libre y esclarecido (ver anexo N° 4 y N° 5).

CAPITULO III
LA REALIDAD DE LA FAMILIA COLOMBIANA

CAPITULO III - LA REALIDAD DE LA FAMILIA COLOMBIANA

III.1. Introducción

La violencia dentro del núcleo familiar (violencia hacia la mujer, maltrato de los padres hacia sus hijos, maltrato de los hijos adultos a sus padres ancianos), no constituye un problema ni moderno ni reciente, por el contrario ha sido una característica de la vida familiar desde tiempos remotos. Es sólo recientemente que comienza a concientizarse como fenómeno muy grave y que daña la salud de la población y el tejido social. Sin embargo, en cada época ella se presenta con configuraciones tradicionales y nuevas.

La sociedad Colombiana ha estado sometida a una severa transformación social. Según el Departamento Nacional de Estadística, DANE (1993), la población del país pasó en los últimos 50 años, de rural a urbana; cambiando la dependencia económica fundamentada en el agro, a una dependencia del sector industrial, comercio y servicios. Hoy día el 70% de los habitantes viven en las zonas urbanas y el 30% viven en los campos. La característica principal ha sido la migración del campo a la ciudad por razones diferentes, especialmente el problema de la violencia, como es explicado por Ardila (1996).

“el desplazamiento por causas políticas, es una forma de violencia que produce grandes cambios y alteraciones en las condiciones de existencia psicológica, familiar, económica y social, dando lugar a un proceso de desarraigo que impide la creación del sentido de pertenencia a la cultura, la formación de una identidad y la construcción de ideales y valores”(pp:21-22).

Estos procesos de movilidad traspasan las costumbres de cada estrato social y permite la asimilación de nuevas características, las cuales están inmersas en la familia, la cual va transformando su estructura de acuerdo a una nueva cultura. Hoy en día, la familia es cada vez más estrecha y cerrada, depende menos de las relaciones amplias de una familia extensa en la cual hermanos, tíos, abuelos, primos, etc. son capaces de asumir funciones de protección y desarrollo de los niños, cuando sus padres biológicos faltan. De igual manera el hecho de que ambos padres participen cada día más en el mercado laboral y generalmente, en sitios distintos a la sede de la familia, otras instituciones toman funciones que habitualmente eran del dominio familiar como la salud y la educación. Actualmente los medios de comunicación como la televisión, el Internet, el cine, etc. han tomado el espacio de transmitir la modernidad, ocupando el lugar que antes tenían los padres, los abuelos y los ancianos de enseñar la tradición y las normas familiares.

Estos cambios en la familia repercuten en los niños, quienes se tienen que adaptar y reacomodar, generando diferentes procesos de cambios con identificaciones específicas para cada uno de ellos, como los denomina Vila (1998).

“Los niños de distintas etnias. Los niños urbanos y los niños campesinos. Los niños trabajadores, los niños estudiantes, los desplazados por la violencia. Los niños de la paz y los niños de la guerra. Los niños de las mamás y los niños de las empleadas, de las jardineras, de las madres comunitarias, los de las abuelas y los que alternan todas estas figuras identificadorias. Los niños sanos y los enfermos. Niños de las instituciones y niños de la casa. Los niños de la calle, los abandonados, los prostituidos, los maltratados, los abusados sexualmente”(p.5).

Se caracteriza hoy la familia por la diversidad y coexistencia de distintas tipologías familiares, las cuales independientemente del estrato social y la región del país, generan maltrato y abuso sexual, como lo demuestran los diferentes estudios existentes sobre el maltrato infantil en Colombia (Álvarez, 1990; Chaparro, 1994; Montañez, 1996; Jimeno

& Roldan 1996, Mejia, 1997; Yepes, 1997); quienes lo ratifican como un fenómeno nacional.

Según Echeverry (1995), los niños están siendo víctimas de los cambios propios de la familia, los procesos de separaciones y reestructuraciones de sus progenitores, hacen que se pierdan las redes familiares y sociales de tal unión, se ven forzados a nuevos vínculos de consanguinidad y afinidad, sin tener mecanismos de apoyo y protección para esta nueva readaptación.

La violencia hacia los menores dentro de la familia, según Vila (1998) puede ser explicada desde la cultura.

“(...) La conformación racial y cultural del país está fundamentada en un proceso triétnico: El indio, el negro y el blanco. (...) El indio tenía dentro de la crianza el castigo físico, iniciación sexual, prohibición al incesto, matrimonio de infantes. (...) El negro fue víctima permanente de maltrato físico, maltrato psicológico y agresión sexual. (...) El blanco tenía un sistema patriarcal, en donde el hombre, quien ostentaba el poder, era el amo y señor; ello le permitía controlar y ejercer su autoridad sobre sus subordinados y esto incluía a su mujer y a sus hijos. Los niños tenían un estatus bajo, sin privilegios y son poco mencionados en los escritos.”(pp.8-9).

Este proceso de mezcla de raza y cultura llamado por Vila (1998) de miscegenación, hace que aparezcan en el país grupos culturales, ubicados en distintas regiones, con marcadas diferencias denominados “complejos culturales”, manteniendo un espacio geográfico relativamente similar, procesos productivos semejantes y elementos culturales comunes. Al transformarse demográficamente el país, se genera el crecimiento de algunas ciudades importantes, las cuales traen consigo procesos paralelos de empobrecimiento y conformaciones de cinturones de miseria alrededor de ellas. Al mismo tiempo se desdibujan las características regionales y se enmarcan bajo una cultura urbana.

Esa actitud hacia los niños, se refleja a través de la historia de Colombia. Por ejemplo, Reyes (1994), al hacer una revisión sobre la vida íntima de las mujeres en los primeros 30 años del siglo XX en Medellín - Colombia, en donde la mujer, sin un lugar real en la sociedad patriarcal, pasó a desempeñar una misión clave en la sociedad burguesa, permitiendo reforzar algunos valores católicos tradicionales:

“(...) modelar a su esposo y a sus hijos, evangelizar y disciplinar la familia, ella era la responsable de inculcar los hábitos de limpieza e higiene a los hijos, de asegurar una adecuada alimentación en el hogar, de prevenir las enfermedades y de cuidar a los enfermos. (...) La economía y el trabajo doméstico, el manejo del hogar, la educación y promoción de los hijos y del esposo, la integridad moral de todos los miembros de la familia, los cuidados de salud e higiene y el control moral fueron, todas, tareas femeninas de gran importancia. Estas obligaciones se elevaron a categoría de oficio, bajo el novedoso título de "ama de casa".

En los comienzos del siglo XX en Colombia, en una cultura campesina patriarcal y masculina, la imagen femenina estaba completamente desvalorizada y de ella no se esperaba más que la sumisión al dominio del hombre, sea éste padre, hermano, esposo, novio o compañero.

En una revista de la época, La Familia Cristiana (1920), la maternidad era reivindicada como la función femenina por excelencia:

"La suerte de la mujer es criar hijos para la humanidad (...) a veces toda la vida, durante muchos años sin descanso... "

La sexualidad era concebida como un acto exclusivamente reproductivo, cualquier significado distinto era considerado perverso y dañino para el cuerpo y con mayor razón para el alma. Esta disociación entre amor y placer sexual tuvo un gran impacto sobre la

sexualidad masculina y femenina e influyó en las ideas que sobre el amor y la vida matrimonial se elaboraron en la sociedad local.

En sus *Estudios médico-legales, psiquiátricos y criminológicos*, el doctor Julio Ortiz Velásquez (1935), nos explica la existencia del incesto y la violencia sexual con el siguiente argumento:

“La familia, en el concepto de muchas de estas gentes del bajo pueblo, no es una carga con obligaciones para el jefe del hogar, sino una propiedad con sus derechos para el poseedor. La esposa no es una compañera, la mujer de los afectos, eje del hogar sino una esclava, una hembra para sus menesteres y un blanco para sus desahogos, sus cóleras y sus desvaríos. Los hijos en la infancia son cebos para el trabajo duro e inapropiado a sus años, o para la mendicidad; en la adolescencia, una propiedad para provecho del progenitor (...) son esclavos de sus padres y el látigo cae sobre ellos inmisericordemente (...) Las hembras, en la cocina, el lavadero, al cuidado del rancho humilde. El dominio de los padres sobre los hijos es incontrastable y absoluto. Crean que les pertenecen y pueden disponer de ellos a su talante”(p.42).

Para Ortiz Velásquez, el resultado de esta situación, es que el abuso sexual de los hijos es una consecuencia del dominio irrestricto que tenía el jefe del hogar sobre la persona material de sus descendientes. Es decir, el incesto en los hogares campesinos, sería el producto de una actitud patriarcal abusiva, donde el hijo aparece únicamente como una propiedad del padre sometida a su dominio en todos los aspectos. Para médicos y juristas de la época, el incesto también estaba relacionado con las precarias condiciones de vida de las clases populares. El hacinamiento y la promiscuidad en las viviendas de los pobres propiciaban este tipo de relaciones sexuales. Les preocupaba, sobre manera, el hecho de que la pareja no contara con un espacio para su intimidad y que, muchas veces, hasta el lecho conyugal fuera compartido por padres e hijos. A este respecto una profesional que trabaja con esta problemática nos comenta:

“También se debe tener en cuenta que en muchas regiones del país es costumbre o una práctica común entre ellos y poco conocida por la sociedad, que los padres abusen sexualmente de sus hijas; desconociendo que esto es un delito penal.” (P – 10)

Este análisis desde el punto de vista cultural, Navarro-Valls, (2001), permite observar que la educación de la niña históricamente ha estado sometida a la autoridad parental, y especialmente a una dependencia por parte de los varones de la familia y posteriormente del marido y de sus propios hijos. Es una etapa en la cual la niña y, cuando adulta, la mujer mantiene una servidumbre que busca satisfacer o producir placer al varón, con obediencia, con sometimiento, cumpliendo con diversos servicios destinados a los varones de la familia como preparar y servir comida, realizar limpieza y otras actividades domésticas. Lo cual nos permite sintetizar en la figura masculina las políticas de sometimiento que el género masculino inscribió en las prácticas sociales y que el género femenino asumió gracias a un entrenamiento temprano y naturalizado. Esto puede ser observado en diferentes culturas y épocas como por ejemplo ser alquiladas y explotadas por adultos que en distintas épocas lucraron y lucran con la pedofilia; ser entregadas en matrimonio siendo niñas en busca de incremento económico de su familia o como intercambio de poder entre regiones o países en busca de alianza, según consta en diversas culturas.

El problema consiste en que esa cultura que se está transmitiendo, no ha tenido la capacidad para readaptarse y reformularse a las nuevas realidades de nuestra actual sociedad, en donde prima una sociedad de consumo, una industrialización y urbanización acelerada y desorganizada, una violencia acumulada y un deterioro del medioambiente. Con todos los cambios anteriores, la familia no puede seguir igual, lo que significa que la cultura del país está en constante proceso de transformación.

Vivimos aceleradamente las innovaciones científicas y tecnológicas las cuales modifican profundamente la organización y la estructura de la familia, la antropología de las relaciones familiares, el orden de las generaciones, los sistemas de parentesco. La Ciencia y la tecnología, rediseñan los confines y la composición del grupo familiar, redistribuyen los poderes en su interior, introducen figuras familiares antes desconocidas.

La Familia es considerada en la Constitución Política de Colombia (Republica de Colombia, 1991) como la célula básica de la sociedad (Art. 42):

“(...) La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. (...) El Estado y la Sociedad garantizarán la protección integral de la familia. (...) Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de la armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley...”

Para ello, debe contar por parte del Estado con una política efectiva y coherente con los principios constitucionales, lo cual podemos decir, según Galvis & Pulido (1998) que es paradójica la situación de la familia en Colombia, donde por un lado la Carta Constitucional la define como la célula básica de la sociedad con instancias administrativas y judiciales que permiten el cumplimiento de estos mandatos constitucionales y legales; y por otro lado, está la realidad de la familia Colombiana:

“(...) la Familia en Santa Fe de Bogotá y en general en el país, se encuentra sumergida en altos índices de conflictividad que la afectan en su estructura interna y en su entorno, constituyendo una incoherencia con las políticas y programas del Estado relacionados con la familia”(p.4).

Los estudios consultados de la realidad de la familia en ciudades como Santa Fe de Bogotá, espacio donde se realizó esta investigación; demuestran que la familia y su entorno están afectados por la violencia cotidiana.

No se conocen las cifras exactas de violencia intrafamiliar en Colombia, pero, los casos de violencia que acuden al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (CRNV, 2000) (ver tabla 1 - Tasa de violencia intrafamiliar según etiología en Colombia), reflejan una alta prevalencia, lo que indica que es un problema evidente de salud pública, con implicaciones serias para la salud física y mental de mujeres, hombres, niñas y niños que la experimentan.

Tabla 1 - Tasa de violencia intrafamiliar según etiología.
Colombia, 1996-1999.

	1996			1997			1998			1999		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Violencia conyugal	12	156	85	15	179	98	17	187	103	17	179	100
Maltrato a menores de edad	19	23	21	22	24	23	24	26	25	31	40	44
Entre otros familiares	17	26	21	18	28	23	19	29	24	19	32	26
Total violencia familiar	47	202	126	55	231	144	59	242	152	58	237	149

F = Femenino, M = Masculino, T = Tasa Total.

Las tasas están calculadas %.000 habitantes.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En los casos documentados por el INMLCF, se observa un predominio del género femenino, con el 81% en el número de casos reportados; la tasa de violencia intrafamiliar de mujeres siempre ha superado a la de los hombres, con una relación promedio de 5 a 1. La tasa %.000 habitantes presentó un incremento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) entre 1996 a 1999.

Según la Comisión de Estudios sobre la Violencia (CESV, 1987), en las relaciones de pareja, la mujer está expuesta a la agresividad del esposo, puesto que la socialización la ha moldeado para ser pasiva, tolerante y sumisa, para que acepte con resignación los abusos de los demás, y más específicamente del hombre con el cual vive. Es permisiva frente al problema, pues se ha considerado natural que el hombre consolide su posición mediante la fuerza y la violencia.

Sobre las jóvenes de sectores campesinos, obreros e incluso de capas medias, recaen deberes domésticos que son fuente de graves conflictos. El incumplimiento de ciertas tareas o la insatisfacción de los miembros de la familia por el trabajo realizado, les acarrea dificultades tales como las restricciones de sus libertades individuales, los malos tratos verbales y físicos e inclusive la expulsión de su hogar. Para evadir este tipo de violencia es frecuente que las jóvenes se fuguen del hogar, comprometiéndose en proyectos de vida que las precipitan a asumir la obligación de madres en adversas condiciones (Aniyar, 1982).

III.2. El abuso sexual intrafamiliar

Según Finkelhor (1994), al evaluar las diecinueve investigaciones mejor planteadas en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra considera que aproximadamente un 20 % de mujeres (variabilidad entre 6 y 62 %) y un 10 % de hombres (variabilidad entre 3 y 31 %) dicen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia, antes de cumplir los diecisiete años.

Estudios realizados en Estados Unidos (Finkelhor et al 1990) revelan que un 27 % de las mujeres y un 16 % de los hombres fueron víctimas durante su infancia de algún tipo de agresión sexual. Según López (1994) se estima que el 23 % de las niñas y un 15 % de los niños sufren abusos sexuales antes de los 17 años en España. Los resultados de los estudios, coinciden en que las mujeres sufren el abuso sexual infantil de una y media a tres veces más que los hombres.

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) quien es la institución encargada en el ámbito nacional de realizar los reconocimientos médicos legales, ha trabajado en los últimos años en denunciar y analizar la problemática de la violencia, a través de un sistema de información estadístico, uno de los más confiables en el país. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (CRNV, 2001), al revisar las estadísticas de los últimos 7 años, en Colombia, el 85% de los casos recibidos de abuso sexual se presentan en menores de edad, es decir antes de cumplir los 18 años. (Ver tabla 2 - Delitos sexuales según mayoría de edad en Colombia) Al analizar la tasa de delitos sexuales %.000 habitantes, se observa un aumento paulatino; durante 1996 fue de 27, en 1997 fue de 28, en 1998 fue de 29, en 1999 fue de 30. A pesar de estas cifras alarmantes, de casos atendidos por esta institución, no conocemos su real magnitud, por existir un sub-registro especialmente de aquellos que ocurren en los propios hogares, por personas conocidas o familiares y muchas veces no tenemos certeza si, el crecimiento en el tiempo corresponde al aumento de la violencia o a la mejor calidad de la información.

La incidencia exacta de abuso sexual no se conoce. Estimados indican según Sarles (1975) que la incidencia varía de un caso en cada millón hasta 5.000 casos por cada millón de población; y los estudios indican que solo se reporta entre el 10% y el 30% de los casos.

Tabla 2 - Delitos sexuales según mayoría de edad.

Colombia, 1995 - 2001.

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Menor de 18 años	9.831	9.126	9.864	9.966	10.622	7.866	11.258
Mayor de 18 años	2.140	1.721	1.687	1.705	1.750	1.215	2.094
Total	11.971	10.847	11.719	11.791	12.485	9.081	13.352

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En Santa Fe de Bogotá, los casos atendidos por el INMLyCF de 1.995 a 2.001, el comportamiento es muy similar al del país, presentándose el 79% en menores de 18 años. (Ver tabla 3 - Delitos sexuales según mayoría de edad en Santa Fe de Bogotá)

Tabla 3 - Delitos sexuales según mayoría de edad.

Santa Fe de Bogotá, 1995 - 2001.

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Menor de 18 años	2.580	2.189	2.364	2.353	2.438	1.372	2.642
Mayor de 18 años	891	745	261	645	547	15	755
Total	3.471	2.934	2.625	2.998	2.985	1.387	3.397

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Un estudio sobre la epidemiología del abuso sexual de menores de Leventhal (1988), en el cual comparó dos trabajos principales sobre conductas sexuales, el primero realizado entre 1938 (Kinsey et al, 1948) y 1949 (Kinsey et al, 1953) por Alfred Kinsey en todos los Estados de los Estados Unidos y el segundo en 1978 (Russell, 1983) conducido por Diana Russell realizado en San Francisco. Una de las principales conclusiones de este estudio, es el de que existe una mayor incidencia de abuso sexual intrafamiliar y una

mayor proporción de tipos graves de abuso, en donde los ofensores eran parientes o adultos conocidos por las víctimas; a partir de 1960.

Según el Save the Children (2001) pese a la elevada incidencia de abusos sexuales a menores, no hay pruebas que en la actualidad haya más casos que hace 40 ó 50 años. La detección sí ha sufrido un aumento importante, pero no puede asegurarse de que la incidencia también haya crecido. Además, se conocen sólo entre el 10 % y el 20 % de los casos reales. Es lo que se llama *el vértice de la pirámide del maltrato*. Posiblemente en la actualidad hay menos tolerancia social respecto a la vulneración de los derechos de los niños y una mayor abertura de la familia gracias a la liberación, inclusive del propio comportamiento sexual.

Además de las estadísticas revisadas y los estudios analizados, la respuesta de uno de nuestros entrevistados profesionales, nos confirma la realidad de que el abuso sexual ocurre principalmente en menores de edad.

“Los abusados, pues, son casi siempre menores de edad, los hijos o las hijas más o menos en una edad de desarrollo entre los 12 a 16 años.” (P - 2).

Al revisar las estadísticas de los últimos 7 años en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (Ver tabla 4 - Delitos sexuales según grupo etáreo en Colombia) su distribución por edad del abuso sexual en menores de 18 años, se observa un marcado predominio del grupo etáreo entre 5 a 14 años con un 68% de casos recibidos. El grupo etáreo de 15 a 17 años representa el 17%;

Tabla 4 - Delitos sexuales en menores de edad según grupo etéreo.
Colombia, 1995 - 2001.

Edad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
< 1 año	51	15	35	25	22	25	30
1 a 4 años	875	803	1.072	1.308	1.315	770	1.430
5 a 14 años	6.625	6.325	6.436	6.857	7.418	5.250	8.006
15 a 17 años	2.280	1.983	2.321	1.775	1.867	1.821	1.792
Total	9.831	9.126	9.864	9.965	10.622	7.866	11.258

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En Santa Fe de Bogotá, durante el mismo periodo, la distribución por edad del abuso sexual en menores de 18 años, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (Ver tabla 5 - Delitos sexuales según grupo etéreo en Santa Fe de Bogotá) es semejante a la del país, con un 67% en el grupo etéreo de 5 a 14 años. El grupo de 15 a 17 años también se comporta igual con el 17%.

Tabla 5 - Delitos sexuales en menores de edad según grupo etéreo.
Santa Fe de Bogotá, 1995 - 2001.

Edad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
< 1 año	10	15	35	25	22	15	30
1 a 4 años	280	324	355	409	407	268	443
5 a 14 años	1.730	1.446	1.580	1.567	1.603	825	1.737
15 a 17 años	560	404	394	352	406	264	432
Total	2.580	2.189	2.364	2.353	2.438	1.372	2.642

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En los estudios revisados en la literatura: Gordon & Jaudes (1996), Sánchez (1997), Palusci et al (1999), Onostre (2000), Save de Children (2001), prevalece el grupo etéreo de 5 a 14 años. Esta prevalencia ocurre posiblemente por ser una edad de mayor dependencia de padres o responsables y del despertar de la sexualidad en la prepubertad y pubertad.

Al analizar el presunto agresor de los delitos sexuales atendidos por el INMLCF (CRNV, 2001) desde 1995 hasta 2001, encontramos que la proporción de delitos sexuales por parte de una persona conocida fue en promedio de 75%. Estos datos se correlacionan con nuestra investigación en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, donde las respuestas de los profesionales sobre el lugar donde se presenta la mayor incidencia de abuso sexual en menores es:

“De acuerdo con la experiencia que tenemos, con los casos que hemos tramitado, generalmente dentro del núcleo familiar, es donde más se presentan casos de abuso sexual.” (P - 3)

“Infortunadamente, he podido percibir que el abuso sexual siempre termina a nivel del núcleo familiar, luego de que el abusador elige a su víctima y empieza con un trato especial para esta víctima; pero se da al interior de la familia” (P - 6)

“Es una dinámica que se está disparando, porque de acuerdo a las estadísticas, la mayoría de casos de abuso sexual se dan dentro de la familia” (P - 9)

“La persona, por regla general, es una persona que está dentro del núcleo familiar o es muy familiar, o cercano al grupo familiar.” (P - 8)

La relación entre la persona que realiza el abuso sexual dentro del núcleo familiar y el menor, de los delitos sexuales atendidos por el INMLCF (CRNV, 2001) desde 1995 hasta 2001, encontramos que la proporción es: conocidos de la familia 47%,

desconocidos 22%, familiares 12%, el padrastro 9%, el padre 9% y el cónyuge en el 2%.

“...la mayoría de los niños que entran a tratamiento aquí son abusados por alguien conocido, por un pariente, por el vecino, por el mejor amigo de la familia, por el tío, por el primo, los padrinos también son un elemento importante dentro del abuso sexual.” (P - 1)

III.3. El Incesto

Según Forward & Buck (1989) el incesto:

“Es cualquier contacto abiertamente sexual entre personas que tengan un grado de parentesco o que crean tenerlo. Esto incluye padrastros, madrastras, tutores, medio hermanos, abuelos y hasta enamorados o compañeros que vivan juntos con el papá, o la mamá y que asuman el papel de padres. Si la confianza que existe entre el menor y el pariente o la figura del padre o de la madre fue violada por cualquier acto de exploración sexual, es considerado como incesto(p.5)”

El incesto se extiende a los niños adoptados o hijastros. El incesto padre hija, que incluye también el incesto padrastro-hijastra representa según Sarles (1975) aproximadamente el 75-85% de los casos reportados, en el ámbito internacional. En Santa Fe de Bogotá, el promedio de los últimos 7 años de los dictámenes sexológicos realizados por el INMLCF (CRNV, 2001) es del 18%. Sobre este asunto comentaron algunos profesionales que trabajan con el problema:

“Los agresores más comunes dentro del núcleo familiar son los papás, los padrastros y los padrastras básicamente.” (P- 2).

“...especialmente los padrastros, padres y también personas allegadas a la familia como tíos, primos y personas muy allegadas.” (P – 3)

“...como parientes cercanos, lejanos y familia nuclear y familia externa...” (P - 9)

“...este tipo de delito es frecuente en padres, tíos, primos y vecinos.” (P – 10)

Aunque se crea que el incesto hermano – hermana sea la forma más común de la conducta incestuosa, en nuestros reportes y con la experiencia no es común. Según Sarles (1975) el 15% de los casos reportados a las autoridades son de este tipo. El incesto madre-hijo es el menos común, en este caso uno o ambos tienen problemas emocionales severos e incluso trastornos sicóticos. Los otros tipos de comportamiento incestuoso como padre-hijo cada día comienza a ser más frecuente y madre-hija es muy raro. La incidencia del incesto realmente es muy difícil de conocer.

“...el estimativo de la conducta incestuosa, varía de un caso en cada millón hasta 5.000 casos por cada millón de población.” p.97(Sarles, 1975).

Las estadísticas que conocemos representan una grande subestimación, respaldado por algunos estudios que indican que tan sólo se reportan entre el 10% y el 30% de los casos de incesto según Kempe (1978). Esta subestimación se da debido, a que a escala general de la población no existe conciencia de la magnitud de este problema, a la difusión casi universal del tabú del incesto, a que los profesionales no están preparados para diagnosticar y manejar este problema o para involucrarse en este asunto de tipo jurídico, psicológico y social.

Las familias mantienen en secreto el incesto por razones de tipo económico, de tipo social, debido a la fuerte discriminación de que esta conducta es objeto. A que no existe apoyo real a estas familias que se desintegran por parte de instituciones estatales. Es en este contexto familiar conflictivo, agravado por la desintegración de la vida familiar, por la precocidad sexual de los niños, por el abuso de poder de los adultos y por las perturbaciones de comportamiento de los padres, que se infiltra el acto incestuoso. El incesto es una violencia sexual que infringe las leyes de la vida familiar y perturba la

armonía entre padres e hijos. El paso al acto incestuoso es siempre desestabilizador del orden afectivo y sexual de la víctima y del agresor. El incesto compromete a los miembros de la familia a guardar silencio, bajo amenaza de ruptura y de desintegración familiar. Los estudios recientes según Berkowits et al (1994) sugieren que aproximadamente el 20% de los menores serán abusados sexualmente en alguna forma antes de llegar a la edad adulta. El incesto padre-hija es el más frecuente y sus consecuencias perniciosas se hacen sentir.

III.4. Agresores

De entre todos los modelos etiológicos (que investigan las causas) del abuso sexual infantil, el más aceptado según López (1994), es el modelo elaborado por Finkelhor y Krugman, en el que se describen las cuatro condiciones para que el abuso se produzca:

La primera condición, está relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un *modus operandi* diferente.

a) Por una parafilia sexual: Que son perturbaciones sexuales cualitativas, cuyas manifestaciones sexuales se caracterizan por la deformación de la imagen de la pareja o por la deformación del acto sexual es decir, anomalías del fin sexual.

b) Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia. La evidencia demuestra que el abuso sexual y físico de menores a menudo ocurre en generaciones sucesivas dentro de la familia. Este “circulo de abuso” raramente se detiene por sí mismo, sino que para ello se necesita de intervención externa (AAP, 1999). A este respecto una profesional entrevistada afirma:

“Sin embargo, pensamos que también hay un factor intergeneracional que se está transmitiendo de generación en generación, entonces, son cosas que ya le han ocurrido por ejemplo a la misma mamá de estos niños, ella no hizo absolutamente nada para romper el ciclo y vuelve y se repite, ese es un factor altísimo para que esto se vuelva a dar.” (P – 1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) :

“Los niños que son víctimas de violencia o abusos sexuales corren un alto riesgo de convertirse en agresores, utilizar formas de abusos similares contra niños más jóvenes, y años más tarde, pueden incluso utilizar la violencia física contra los niños que están bajo su cuidado o contra sus propios hijos(p.13)”.

Una mamá entrevistada nos cuenta su historia personal sobre este aspecto:

“yo fui violada cuando tenía 6 años, mi padrastro abuso de mí y por ese hecho a nadie le comenté, solamente a ese señor (esposo), por ese motivo siempre me maltrató, siempre me llamaba con palabras soeces , o sea, por ese hecho, toda la gente me señalaba como prostituta”. (F – 1)

c) Por un componente psicopático de la personalidad: A este respecto los profesionales refieren:

“...que han incurrido varias veces en delitos de otros tipos.” (P – 11)

“No tenemos un biotipo o arquetipo definido de agresor, pero es muy usual que el agresor, sea una persona de muy baja autoestima, con problemas de adaptación, algunos problemas de orden psicológico, una persona de muy bajo nivel de escolaridad.” (P – 7)

d) Por trastorno de control de los impulsos: Lo cual es explicado por un profesional entrevistado:

“...cuando tú empiezas a mirar el perfil de personalidad, son persona con problemas de control de impulsos serios; entonces una persona que es agresiva, violenta, que explota con mucha facilidad; pero, precisamente eso es lo que tú ves como al rompe, que es una

persona que puede llegar a abusar sexualmente; porque no tiene control de impulsos. Entonces, lo que de pronto a un ser humano común y corriente, se le puede pasar por la cabeza de ver a su hija de 15 años muy linda, muy atractiva, igual hay un control de impulsos, que permite que esta persona los controle y nunca actúe; puede ser que se le haya pasado por la cabeza tener algo con su hija, pero nunca lo actúa; mientras que una persona que tiene problemas de control de impulsos, es mucho más fácil que lleve a cabo, pues, esos pensamientos que tiene...”. (P - 1)

e) Pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado. A este respecto los profesionales encuestados refieren:

“...son personas que además tratan de buscar el contacto físico todo el tiempo. Entonces tú empiezas a ver que trata de hacer cosquillas, patanería constantemente, porque está buscando ese roce con el cuerpo de su víctima. Por ejemplo, si va a pasar por la cocina a coger algo y hay un espacio suficiente, no, él tiene que pasar y rozar a su víctima” (P - 1).

La Segunda condición, según Finkelhor y Krugman, está relacionada con la habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al alcohol y las drogas que son en algunas ocasiones, la causa principal de los malos tratos. Sin embargo, en los casos en los que aparecen más causas, según Alonso (2000) tienen un papel activador de la conducta violenta. De hecho, el abuso de drogas y alcohol sirve para que los agresores se otorguen el permiso de tener conductas no permitidas socialmente como, por ejemplo, agresiones en el núcleo familiar. Tales posturas son resaltadas en el estudio cualitativo:

“...son personas no necesariamente alcohólicas; pero sí que beben para bajar un poquito el stress, como el control social y actuar con más facilidad. Se ve mucho: o que trabajan en exceso, o trabajan muy poco y permanecen casi todo el tiempo en la casa, esta es una característica que hemos visto casi siempre.” (P - 1)

“Una persona que consume alcohol, consume drogas, está muy propensa a que cometa delitos de este tipo dentro de la familia.” (P - 2)

La tercera condición, según Finkelhor y Krugman, para el abuso sexual en los niños, es aquella que le permite vencer las inhibiciones externas o los factores de protección del niño. Sobre esta condición los profesionales que manejan esta problemática refieren:

“...son personas demasiado posesivas con esos niños, no los dejan ni siquiera mantener amigos de su edad, por el temor a que con esos amigos la persona puede contar que esta siendo abusada; entonces lo limita de una forma: No lo deja ir a fiestas, no los deja tener novios, no los deja tener amigos.” (P - 1)

“...trata de permanecer mucho tiempo a solas con estos niños; por ejemplo, son capaces de hacer cambio de horario en los colegios de los niños. Si todos están en la jornada de la tarde, entonces pasa al que está abusando en ese momento, lo pasa a la jornada de la mañana, para poder permanecer más tiempo con él, o sea, siempre busca situaciones de cómo aislarse con ese menor de edad”. (P - 1)

La cuarta condición, según Finkelhor y Krugman, para el abuso sexual en los niños, es aquella que le permite vencer la resistencia del niño, para lo que se recurre al uso de la violencia, de la amenaza, del engaño y de la manipulación. En este punto, hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades, puesto que en algunos casos su capacidad para oponer resistencia se ve seriamente mermada o como el caso de los menores de tres años. Sobre este aspecto un profesional entrevistado comenta:

“El agresor, es una persona que se muestra supremamente amable, muy comprensiva con el menor, bastante abierta; es aquella persona que proporciona regalos, que proporciona todos aquellos gustos que el menor en un momento exige y de pronto sus padres no se lo pueden dar.” (P - 3)

En el abuso sexual intrafamiliar, están comprometidas dos asimetrías: La de la edad y la de género. Así, el padre, el padrastro, el abuelo, el tío son capaces de imponer su voluntad a los niños de su familia, sobre todo a los del sexo femenino, aprovechando la necesidad de la menor de tener un lugar en el mundo, que le posibilite saberse amada, protegida, y que por lo cual "accede a los mandatos del adulto" y; del otro lado de la balanza, el adulto compromete su saber sobre la sexualidad, es decir, es él quien coloca a la niña a que satisfaga sus fantasías, su búsqueda de placer sexual, pero siempre muy distante de las necesidades que la niña tiene. En ese sentido, mientras el abusador busca ejecutar sus fantasías sexuales, la niña se juega con sus fantasías que le permitan tener un lugar en el mundo de los afectos alrededor de los adultos. Este aspecto es comentado por un profesional:

"...es por eso, que muchas veces se llegan a extremos, que se llega al punto de violación; se empieza con caricias, con regalos, en algunas otras oportunidades se le hace a la víctima como un aprestamiento, para que vaya accediendo a todas esas conductas sexuales por parte del adulto abusador y generalmente, los niños inicialmente lo toman como si fuese algo normal, porque es que vienen las caricias, consideran los niños que es porque los quieren o porque ese adulto los aprecia, porque es su familiar y el menor piensa de pronto que eso está permitido y esto se va volviendo crónico". (P - 3)

Si un adulto abusa de un niño sexualmente, se sirve del amor, de la dependencia o de la confianza para satisfacer sus deseos sexuales e impone su deseo de sumisión, de poder o de proximidad, por la fuerza o por el engaño. A este respecto los profesionales señalan:

"...el menor no sabe diferenciar entre el afecto, las caricias y el juego sexual. Los familiares que son personas allegadas al menor, usan esa confianza y aprecio o amor que siente el niño hacia el adulto y aprovechan esto para abusar de él y luego usan mecanismos como chantajes, el poder de dominio, la autoridad, las dádivas, el engaño. Esto perpetúa el abuso, porque los menores creen en esas probables represalias del adulto y no denuncian." (P - 10)

"Dentro de mi experiencia, generalmente, he encontrado un agresor narcisista, egoísta, misógino, con problemas de maltrato en su infancia, incluso de abuso sexual; una persona que a veces no trabaja, que tiene todo el tiempo libre, pues para hacer lo que quiere en su casa, que no tiene responsabilidades claras frente al manejo económico de su hogar y todo se lo achaca a la esposa o la compañera permanente y se cree con toda la autoridad y poder de hacer y deshacer dentro de su hogar, dentro de eso maltratar a su pareja y maltratar a sus hijos, sea física, psicológica, verbalmente o incluso sexualmente." (P - 6)

No es fácil reconocer, a simple vista si una persona abusa de los niños. A menudo el agresor es una persona de renombre y prestigio impecables y es reconocido como un marido y padre ejemplar. Es quizás un religioso o alguien activo en política, alguien con éxito y reconocido en su profesión o trabajando por la causa de los niños, un hombre, que nadie creería capaz de abusar de una niña o un niño. Muchos piensan que para el autor de abusos, el abuso sexual no sería más que un paso en falso "único", pero el abusador, no actúa espontáneamente, sino en casos excepcionales. Él, más bien, crea y organiza las ocasiones para acercarse los niños. Algunos incluso escogen una profesión en el campo de la educación o en la organización del ocio, para encontrar sus víctimas. Y generalmente no se contentan con abusar de un único niño, sino que abusan de varios, bien paralelamente o consecutivamente. Sobre este aspecto un profesional entrevistado alude:

"El agresor, lo podemos caracterizar o dividir más que todo en dos o tres clases diría yo: primero, está el agresor que tiene un vínculo familiar con la víctima, por eso se

aprovecha y todo y tiene la cercanía y la facilidad de cometer el delito, ese sería uno. Está el agresor que a pesar de no tener ningún vínculo familiar con la víctima, es allegado a la familia, también, aprovechando esa oportunidad que se le brinda. Y está el agresor que es totalmente desconocido, que es el que aborda la víctima y utilizando la violencia excesiva aprovecha y realiza cualquier acto y delito.” (P - 7)

III.5. Características de la madre

Según Sarles (1975) las madres tienden a ser pasivas y dependientes y generalmente deprimidas. Es frecuente que provengan de hogares en los cuales el abuso físico y sexual eran frecuentes. Usan el mecanismo de la negación, a pesar de que en la mayoría de los casos son conscientes de la relación incestuosa, por lo cual generalmente son incapaces de tomar cualquier acción para proteger a sus hijos. Una profesional nos confirma este aspecto:

“Eso es incluso uno de los mayores rechazos como reclamos que vemos en los niños que están en tratamiento aquí. Y es eso: Porqué mi mamá no nos protegió, porqué mi mamá realmente nunca hizo nada para que esto ocurriera. Lo que hemos encontrado en la gran mayoría de estos casos, es que esas mujeres también fueron abusadas sexualmente y no tienen herramientas para defender a sus hijos porque tendrían que haber lidiado primero con su dolor, con su abuso para poder proteger a estos niños. Entonces ellas entran en un estado de negación absoluta en donde no ven o ignoran o se hacen las que no ven precisamente para no tener que enfrentar esta situación que es un dolor que lo tienen muy a flor de piel.” (P - 1)

La dependencia económica del agresor, es uno de los factores que permite la ocurrencia del abuso sexual. A este respecto un profesional entrevistado refiere:

“...las madres de estos niños abusados dependen económicamente de estos señores y que por eso no son capaces de dejarlos” (P - 1)

El conflicto emocional de la madre con respecto a su pareja quien siendo el agresor, mantiene el control de la situación, incluyendo la parte económica; es decir, puede ser aún una persona que está siendo beneficiada por su compañera. Sobre esto el siguiente relato de un profesional:

“...lo que sí hay es una dependencia no económica, pero sí emocional; así después ellas, sean las que mantengan al abusador y lo hemos encontrado en muchísimos casos; pero la dependencia emocional, es más fuerte, así ellas lleven el sustento al hogar; ellas piensan que no pueden funcionar, ya porque es una distorsión cognitiva, sienten que no pueden funcionar, sino es con esa persona a su lado. Prefieren sacrificar, incluso a sus hijos, para estar con esta persona todo el tiempo.” (P - 1)

III.6. Menores de edad abusadores sexuales

Según Sánchez (1997), el 20% de los abusos lo realizan menores de edad y el 50 % de los agresores cometen su primer abuso antes de los 16 años. Estos estudios se correlacionan con la AAP (1999), quienes encontraron que en el 20% de los casos notificados en los Estados Unidos de América, los agresores son adolescentes. Un profesional comenta lo siguiente:

“encontramos muchísimos casos de abuso sexual realizados por menores de edad que ya sea el primo, hermano o tío.” (P - 1)

Según Williams (1994), los agresores prepúberes han sido poco estudiados y poco reconocidos en el contexto de la violencia familiar y considera que el abuso sexual cometido por menores sería una expresión sexual de su agresividad como parte de comportamientos abusivos contra estos menores, ya sean físicos o sexuales. Además, existen diferentes factores que contribuyen a la baja percepción del abuso sexual

cometido por menores: La no aceptación de la sexualidad del menor, el considerar los abusos sexuales solo de adultos y entre menores son considerados solo como juegos sexuales y la creencia errónea de que el abuso sexual dentro de la familia no ocurre. Finkelhor (1994), considera aceptable aquellos contactos entre prepúberes o adolescentes jóvenes, siempre que sean de la misma edad, que sean por poco tiempo y solo contengan caricias o exhibicionismo.

III.7. Dinámica familiar para que ocurra el abuso sexual de menores

Existen sistemas relacionales que interactúan constantemente, creando una serie de circunstancias o factores que producen un riesgo o una protección real frente al abuso sexual intrafamiliar, que en el llamado modelo ecológico (Save the Children, 2001) son: **a)** Desarrollo del individuo. Se fundamenta en la interacción con los demás, de una forma gradual que permita tener su propia experiencia que a la hora de abordar la paternidad va a condicionar el desarrollo del niño. **b)** Microsistema. Es el entorno familiar más cercano al niño, en el que desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además de quien depende. **c)** Exosistema. Lo conforman los sistemas sociales que rodean al sistema familiar (escuela, trabajo, vecindario, amistades, etc.) cuyos valores y creencias configuran los del niño, puesto que limitan o enriquecen sus propias vivencias y configuran un mundo relacional. **d)** Macrosistema. Son los valores de la cultura en la que se desarrolla el individuo. En la crianza de los niños influyen los conceptos sobre la paternidad y los roles de género, la concepción de los derechos de la infancia, etc.

Entre los factores protectores llamados también compensadores y los factores de riesgo o potenciadores, existen situaciones o factores que son estables y otros que son factores situacionales. Es decir, dentro de los factores potenciadores que suponen un riesgo, hay algunos que siempre están presentes, que ocurrieron antes del abuso y que generan una vulnerabilidad del menor, como por ejemplo, una experiencia de abuso intrafamiliar previa, y otros que son provocadores o que surgen en algunas situaciones; como los conflictos maritales. En los factores compensadores sucede lo mismo: existen factores relacionados con el ambiente familiar que suponen una protección constante (protectores) como la comunicación intrafamiliar o unas determinadas pautas de cuidado, y otros que surgen (tampones), como las experiencias de satisfacción provenientes del cuidado del niño.

Entre los factores de riesgo, llamados también potenciadores existen algunos especialmente relevantes: Problemas de desarmonía y ruptura familiar; consumo de alcohol o drogas de uno o ambos padres; discapacidad psíquica grave de uno o ambos padres; historia previa de maltrato en uno o ambos padres; falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño; falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia; desempleo o pobreza; falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona; aceptación social de pautas como el castigo físico. En este sentido los profesionales entrevistados señalaron:

“Hay una ruptura de límites de la estructura familiar. Lo que pasa casi siempre en los hogares en donde hay abuso sexual dentro de estas familias es que la estructura jerárquica de la familia se transforma y se invierten los papeles, se invierten los roles, casi siempre estas madres de estos niños asumen un rol de hijos y uno de esos hijos asume un rol de esposa. Y este padre empieza a buscarlas como apoyo emocional y obviamente como su pareja sexual y la madre, al asumir un rol de hija, no ejerce ningún tipo de protección con estos niños.” (P – 1)

“Generalmente, he visto igualmente que el abuso sexual se da en hogares disfuncionales, esto es, donde la relación entre los esposos o los paterfamilis no son las

más optimas o buenas, que son exigibles para esa armonía y esa unidad familiar. Generalmente donde hay menoscabo de trato entre la pareja, es donde surge esos abusos sexuales, del padre o del padrastro, para con los menores hijos e hijastros.” (P - 5)

“El tipo de familia: Un tipo de familia de pronto descompuesta, hay muchos problemas en su interior; donde de pronto el padre tiene antecedentes penales de algún tipo o simplemente ocasional, de pronto por el consumo de alcohol.” (P - 2)

“tiene que ver mucho el aspecto socioeconómico de las partes” (P - 6)

“La característica fundamental, es que en el contexto de una sociedad tan estratificada como la nuestra y, sobre todo, tan fragmentada al interior de la familia, la familia sufre resquebrajamiento y hay mucha separación en las parejas. Entonces, la característica es observar personas que tengan segundas o terceras uniones, ya sea en unión libre o uniones ya formales, legales, cada uno de los miembros de estas uniones lleva a sus hijos al seno de estas nuevas familias y se presentan unas dinámicas familiares pues, que son generadoras en algunos eventos de abuso sexual, especialmente de los padrastros, sobre los hijos de su pareja actual.” (P - 7)

La importancia de identificar los factores de riesgo, ya sean situacionales o estables, nos permite la posibilidad de intervenir y modificar estos factores. Lo que significa que debemos entender que hay circunstancias que pueden precipitar el proceso del abuso sexual, pero también pueden ser temporales.

Entre los factores de compensación o protectores se destacan los siguientes: Existencia de una red de apoyo psicosocial; seguridad económica; armonía y apoyo de la pareja en la crianza; integración social de la familia y del niño con sus iguales. Todos estos factores interactúan permanentemente creando una estructura relacional constante, en la que las personas nos desenvolvemos.

Para Sarles (1975) existen tres tipos generales de familia en los cuales ocurre el abuso: El tipo intrafamiliar, el multiproblemático y el aislado accidental. El intrafamiliar, son aquellas personas que aparentan frente a la comunidad una vida normal; que no esta pasando absolutamente nada, son como muy encerrados como familia; el matrimonio con frecuencia no funciona, la esposa no mantiene relaciones sexuales con el marido por diferentes motivos, desde enfermedad, trabajo, etc. Para mantener la familia estable, hay una aceptación de algunos miembros de que exista la relación incestuosa intrafamiliar y no otro tipo de relación fuera de la familia que podría llevar a la ruptura familiar.

El multiproblemático, con estilo de vida caótico, es aquel que si explota; que siempre hay discusiones, son personas como antisociales, llevan estilos de vida aberrantes, tienen problemas de alcoholismo, drogadicción, hay violencia y delincuencia, etc. Los padres tratan a todas las mujeres como objetos sexuales, no mantienen vínculos afectivos y pueden, además, seducir a niños de otras familias.

Y aquellas accidentales o aisladas, son aquellas ocasionales, donde generalmente están muy asociadas al alcohol y la persona se siente después tan culpable por haber cometido eso. Sobre esta clasificación, una profesional relata:

“...a nosotros, lo que más nos llega son familias que tienen violencia intrafamiliar, tiene problemas delictivos, tiene problemas de alcohol, tiene problemas de control de impulsos; es lo que más nos llega, porque es lo que estamos viendo, donde hay muchísima violencia son personas con múltiples problemas. Por donde tú lo mires, tienen un problema; eso, es lo que más nos está llegando aquí. También nos llega el que es de pronto producto de una noche de tragos, el papá actúa; esos, son los señores que tenemos en tratamiento en este momento, esos son los que dicen: Sí, quiero tratamiento, se sienten con remordimiento, tienen sentimiento de culpa, quieren un tratamiento y quieren superar lo que les paso. Los otros tipos de familias con múltiples

problemas, no son los que se presentan para terapia; al contrario, rehúsan esto, entran en negación absoluta, son totalmente agresivos y adversos al tratamiento; se oponen a todo esto y por eso, la mayoría de estos niños, se encuentran fuera de hogar, se encuentran institucionalizados en hogares sustitutos.” (P -1)

III.8. Clase social y abuso sexual

La investigación del abuso sexual entre menores de edad y algunos factores de riesgo es un problema complejo que puede ser cuantificable a través de la frecuencia o intensidad de estos actos y expresan diferencias de acuerdo con la formación o grupo social, los niveles de pobreza o de riqueza, los cuales se basan con frecuencia en características tales como renta familiar, escolaridad de los padres, trabajo materno y clase social (Facchini, 1990).

La Clase Social de acuerdo con la definición de Giddens (1991), es un agrupamiento en gran escala de personas que comparten recursos económicos comunes, los cuales influyen fuertemente sobre el estilo de vida que son capaces de llevar. Para el autor, la propiedad de la riqueza junto con la ocupación son las bases más importantes de las diferencias de las clases sociales.

La definición más divulgada de indicador social es la dada por el Ministerio de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos que la define como una estadística de interés normativo directo que facilita el juzgamiento conciso, comprensivo y equilibrado de la situación de los principales aspectos de una sociedad. Se trata en todos los casos de una medida directa de bienestar y está sujeta a la interpretación de que se va modificando en una dirección cierta, en cuanto las otras cosas permanecen inalteradas, la situación habrá mejorado o las personas estarán en mejores condiciones (Carley, 1992).

Los estudios demuestran que el abuso sexual se presenta actualmente en todas las sociedades, por ejemplo: En la sociedad china (Tsun-Yin, 1998), es una estigmatización en todas las clases sociales por ser ésta una sociedad patriarcal; en sociedades africanas como Camerún (Menick, 1998), confirman la existencia y la incidencia del abuso sexual en el África y aumenta el tabú del absoluto poder masculino de los padres y tíos sobre las niñas jóvenes y mujeres en general. Esto nos da una evidencia más de la vulnerabilidad de la mujer como resultado de su tradicional estatus en la sociedad.

Según algunos autores (Florenzano, 1995; Perales, 1994; Onostre & Sandoval, 1994), el maltrato infantil y el abuso sexual, es más frecuente entre hijos de padres tratados por alcoholismo, hospitalizados por un cuadro psiquiátrico o separados, sin diferencias significativas dentro de un mismo nivel socioeconómico de la población. Sin embargo, el factor predisponente más frecuente es la baja situación socioeconómica, asociado al hecho de que los padres tuvieron antecedentes de maltrato o abuso durante su infancia, separación conyugal y antecedentes de consumo de alcohol. Además, la estructura familiar indirectamente pronostica riesgo de comportamiento sexual a través de pobreza entre el vecindario, implicación de los padres y falta de actividades pro-sociales. Otros factores predictores de ocurrencia de abuso físico, abuso sexual y negligencia, es el de ser madres jóvenes y madres con patología social. A este respecto los especialistas entrevistados sobre la temática explicaron:

“Básicamente, las familias o personas que acuden como usuarios al centro de atención, son personas de bajos recursos económicos y que viven en lugares periféricos. Vamos a hacer como una clasificación, si se puede; la clase de personas que acuden, son personas de clase media, clase media baja y clase baja. Incluso, se detecta a los menores en abandono, ya que tienen una medida de protección por parte de una institución como Bienestar Familiar.” (P - 2)

“...el modus vivendis de la familia, porque cuando son de familias que son supremamente humildes, personas de una clase social, de pronto un poco baja, casi siempre viven en el mismo recinto; el hacinamiento, a veces conlleva al abuso, de pronto la ocasión”. (P - 2)

“...personas que tienen unos salarios bajos o que viven en un sitio donde en una pieza duermen padres e hijos o abuelos, tíos, todo el núcleo familiar.” (P - 5)

“...tiene que ver mucho el aspecto socio-económico de las partes” (P - 5)

“...la situación de hacinamiento que conlleva a este tipo de situaciones.” (P - 6)

“Sobre todo en familias en descomposición social, es muy frecuente, en familias de un nivel socioeconómico bajo” (P - 11)

“...proviene de regiones del área rural, que llegan a vivir en la periferia de la ciudad, conformando los cinturones de miseria, encontrándose con un choque cultural diferente al cual estaban acostumbrados, perdiendo lazos y vínculos familiares y su autenticidad personal.” (P - 11)

Nuestra experiencia en la Unidad Local de Atención al Menor Maltratado (ULAM) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en la ciudad de Santa Fe de Bogotá - Colombia, es frecuente encontrar mayor proporción de casos de maltrato físico, negligencia, abuso sexual intrafamiliar y abandono en familias de más bajo estrato social con una alta frecuencia en la reincidencia. El apoyo psicológico y el seguimiento, por parte de las instituciones del Estado, son muy precarios debido a la infraestructura y el número tan alto de casos denunciados.

Las denuncias por abuso sexual en estratos altos de la sociedad, son muy pocas y considero que no es que no se presente el abuso sexual en esta clase social, sino que su denuncia es mínima, debido a que la atención médica privada a personas de clase social alta es sigilosa. Contrario a lo que sucede con los establecimientos oficiales, adonde acuden personas de bajo nivel de ingresos y se presenta una mejor disposición hacia la denuncia por parte de algunos profesionales; representando una mayor incidencia de abuso sexual en los estratos socioeconómicos bajos. Una profesional entrevistada nos confirma este punto:

“...no hemos tenido el reporte real de abuso sexual de niños de estrato 6, no porque no ocurra, sino porque yo siento que tanto los hospitales, como los terapeutas que trabajan con gente de estrato 6, son personas que no saben que tienen que reportar este tipo de cosas y tratan de manejarlo confidencialmente, pensando que es una cosa que se debe manejar confidencialmente, cuando es algo que hay que reportar y anula cualquier tipo de regla de confidencialidad.” (P - 11)

CAPITULO IV
MANEJO INTERINSTITUCIONAL

CAPITULO IV - MANEJO INTERINSTITUCIONAL

IV.1. Consideraciones generales

La coordinación entre la actuación administrativa, la judicial y la penal en la atención a la familia es un requisito esencial para cumplir con el propósito de disminuir la violencia intrafamiliar, especialmente del abuso sexual. Por esta razón, en este trabajo se focaliza la discusión en el manejo interinstitucional, procurando identificar factores que permitan un aporte institucional del Estado para restablecer la armonía familiar.

Para el manejo interdisciplinario se necesita una convicción y un conocimiento especial para interrelacionar el enfoque y el análisis que las diferentes disciplinas hacen, para comprender el abuso sexual intrafamiliar con todas sus características y manejar todos los factores o aspectos del problema que permitan establecer mecanismos de análisis y, de esta manera, tomar las medidas adecuadas para solucionarlo. La experiencia nos demuestra que los profesionales cumplen con sus funciones propias y hasta realizan tareas que no son de su competencia, sin embargo, no hacen análisis interdisciplinarios de los casos para orientar la atención integral a la familia.

Según Minayo & Souza (1999) *“...Por causa de su carácter complejo, desde cualquier ángulo que sea abordado ese proceso social, los análisis tienen que ser simultáneamente amplios y específicos; así como también, deben involucrar diferentes contextos y atender a las personas que sufren o que provocan intolerancia, conflicto y agresiones”* (p.21). Varios factores interfieren en este proceso, por ejemplo: los despachos judiciales siguen en nuestro país un modelo tradicional, caracterizados por la verticalidad en la toma de decisiones, la rigidez en la asignación de funciones, la ausencia de colaboración entre los funcionarios, la carencia de sistematización del trabajo y de los archivos y la manualidad con que se lleva a cabo la gestión (Galvis & Pulido, 1998).

El abuso sexual intrafamiliar tiene causas variadas cuyo origen obedece a factores de orden social, psicológico, cultural y económico. Lo jurídico aparece como un instrumento para decidir los conflictos, no para erradicar sus causas. Por esta razón, el tratamiento de la problemática familiar no puede llevarse a cabo con la perspectiva unilateral de una profesión y menos aún con una visión puramente jurídica. Es imperiosa la intervención de otras disciplinas que estudian y tratan la problemática de la familia, la visiones del psicólogo y del trabajador social deben incidir en las decisiones jurídicas que se tomen. A este respecto un profesional entrevistado manifestó:

“Se debería manejar cada caso de abuso sexual como un caso individual y tener un equipo interdisciplinario incluyendo al fiscal y al juez, quienes tienen que tomar las decisiones; de tal manera que la decisión sea de equipo, por consenso y no individual del juez o fiscal en forma autónoma. Pienso que un gran problema es que nuestros fiscales y jueces no comprenden el proceso tan complejo que genera en el menor, en la familia, en el abusador y en la misma sociedad un abuso sexual realizado por una persona cercana, pariente o conocido del menor. Claro que entiendo que un país como el nuestro, con tantos delitos de diferente tipo, requeriría muchos más fiscales y jueces”. (P – 10)

IV.1.1. Sospecha del abuso sexual

Ante la sospecha de abuso sexual infantil, sea por parte de familiares, amigos, vecinos, maestros, médicos o cualquier otro profesional, debemos tener en cuenta que siempre debe existir el interés superior del niño a cualquier otro tipo de intereses dando seguimiento a los casos y ofreciendo apoyo a la familia, no sólo al niño o niña víctima del abuso sexual.

La observación según Pérez (1996) de los siguientes síntomas físicos y del comportamiento del menor nos permiten sospechar del abuso:

“(...) Cambios extremos de comportamiento, como pérdida del apetito, abundancia de llanto, pesadillas, miedo a la oscuridad, etc. (...) Retrocesos en el comportamiento, como empezar de nuevo a orinarse en la cama o chuparse el dedo. (...) La expresión de algunos aspectos de las actividades sexuales mantenidas mediante dibujos, fantasías o juegos. (...) Rechazo con mucha vehemencia a ir a la escuela. (...) Sentimiento de miedo a una persona específica o a ser dejado en un lugar. (...) Muestra de una agresividad poco común. (...) Autolesiones o accidentes frecuentes, pudiendo incluso llegar a presentar conductas suicidas. (...) Ropa interior rota, manchada o anormalmente sucia. (...) Sangre en la vagina o el recto, dolor, picazón o inflamación en los genitales. (...) Padecimiento de alguna infección genital”(p.27).

Estos síntomas nos permiten buscar ayuda profesional y preguntar al menor, para que nos revele el abuso sexual.

IV.1.2. Revelación del abuso sexual

Uno de los momentos trascendentales en el manejo del abuso sexual infantil, es cuando el niño o la niña decide contar a alguien sobre lo que le está ocurriendo. La forma en que reacciona la persona a la que el menor revela su experiencia de abuso va a resultar fundamental para su manejo integral, ya sea médico, psicológico, social, familiar y legal. Especialmente, cuando estas personas tienen vínculos afectivos con el menor, como sus padres, hermanos, familiares, amigos, profesores, etc. La manera como reacciona la persona a quién le confía este secreto, puede llevar al menor a retractarse o a decir que es un invento o una mentira. Las respuestas y conductas inadecuadas, según *Save the Children* (2001) son entre otras: negar que el abuso existe, culpar al niño, sobreprotegerlo, discriminarlo. Es decir, adoptar una reacción negativa tal como la ira, el miedo, el rencor, lo que deja incómodo y preocupado al menor.

Lo ideal es que esa persona en la cual el menor confió, lo primero que tiene que hacer es creerle, hacerle ver que no es culpa del niño y que el responsable es el adulto o la persona de mayor edad. Actuar demostrando seguridad y manteniendo la calma, transmitiéndole afecto, haciéndolo sentir orgulloso por la revelación del secreto. Demostrándole que hay una salida, que lo va a proteger para que no vuelva a ocurrir el abuso y, especialmente, que deben buscar ayuda en profesionales para estar seguros de que esa persona no vuelva a abusar del menor o de otros menores y para saber también si el menor no tiene algún tipo de lesiones o enfermedades, especialmente las transmitidas sexualmente. Muy importante es ayudarlo a vencer los miedos y temores respecto a la denuncia.

IV.2. La denuncia

Denunciar significa poner en conocimiento del órgano jurisdiccional correspondiente una conducta que puede ser constitutiva de delito. En el caso de abuso sexual infantil, denunciar una sospecha no significa tener que probar el delito, es decir, la persona que denuncia no es la responsable de decidir si el contenido de la misma constituye delito o no. Pero sí es una obligación legal y sobre todo ética, el comunicar cualquier sospecha de abuso sexual, principalmente de parte de los profesionales que de una u otra manera tienen relación con el menor.

En Colombia, para iniciar un proceso judicial de sospecha o confirmación de abuso sexual, la denuncia la debe realizar cualquier persona mayor de edad o una institución ante una autoridad competente, siendo ellas: Los centros de atención de la Policía o el Ejército, la Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación, la

Defensoría del Pueblo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y los Juzgados. En ciudades en donde no existan las anteriores autoridades se pueden hacer las denuncias en las Alcaldías municipales o en las dependencias equivalente. Vale la pena señalar que las instituciones de salud y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, necesitan remitir o realizar la denuncia ante las mencionadas autoridades competentes.

Los menores en Colombia requieren de la tutela, el apoyo o la representación de adultos para denunciar los abusos y atropellos realizados contra ellos, solos, no pueden hacer valer sus derechos o defenderse. Además, las barreras de comunicación presente entre adultos y niños generan grandes dificultades para la denuncia.

Según Vila (1998), no es costumbre entre los colombianos denunciar, porque se carece de la información sobre los beneficios que este acto pueda representar. Por otra parte, existe en la población la creencia de que es una pérdida de tiempo y también se cree que no se pueden solucionar los problemas, especialmente cuando se trata de abusos contra menores donde existen implicaciones incestuosas o de tipo sexual.

Es común el temor a la denuncia por parte de la familia, por el sentido de culpa, o que les arrebaten al menor. Cuando alguien se atreve a denunciar se enfrenta a la desconfianza en las instituciones, con la falta de conocimiento sobre el quehacer en el manejo del abuso sexual y posiblemente porque, al tomar la decisión de divulgar el hecho, han transgredido los límites y miedos al interior del hogar, por tanto, requieren de efectividad, privacidad y consideración por parte de las personas e instituciones que abordan esta problemática. La tragedia familiar generada por el referir y señalar al agresor hace que el menor, en su medio intrafamiliar, pase de víctima a culpable, sin tener ninguna clase de apoyo externo para él y su familia. Generalmente, lo que se hace es aislar al menor de su medio y agredirlo más.

La actitud social hacia la denuncia es favorable, pero cuando llega el caso concreto los miedos y dudas pueden más y las personas se inhiben a la hora de poner en conocimiento la sospecha. Cuando la familia ha tomado la decisión de denunciar el abuso sexual intrafamiliar, en realidad, es el inicio de una tragedia que marca a las personas y que deja huellas indelebles. Las frecuentes entrevistas, repetidas a los menores y familiares por parte de las distintas instancias institucionales que tiene a su cargo el caso, lo mínimo que producen en el menor es la sensación de incredulidad, es decir, “no le creen”, y esto puede ser una de las causas por las cuales el menor puede ir cambiando un poco las versiones. Una profesional entrevistada al respecto refiere lo siguiente:

“La experiencia nos ha enseñado que, hacer traer a un menor de edad para que repita y repita nuevamente, deja un sinsabor en él y como un dejo de que no se le cree. Y, quiérase o no, en cada diligencia va variando poco a poco su declaración, sin que eso quiera significar que es mentiroso, que esta inventando o que es tendencioso. Es simplemente por todos los pormenores que tienen las diligencias, máxime, cuando hay varios sujetos procesales como la parte civil, el abogado defensor”. (P - 6)

También deja un sentimiento de “culpabilidad” en el menor, por la tragedia familiar: familias sin apoyo económico, cuando dependen del agresor para su subsistencia, esto implica que otros miembros de la familia tengan que asumir actividades laborales, generalmente de baja remuneración. En la mayoría de los casos la mamá tendrá que salir a trabajar y dejar al menor y los hermanos en casa, para poder atender su nuevo rol. Este aspecto es resaltado por una profesional en las entrevistas realizadas:

“...cuando el abusador es el compañero permanente o es el padre de sus hijos, se presenta un problema económico, siempre. Generalmente las personas se ven afectadas porque, o esa persona tendrá que dejar su trabajo, si es privado de su libertad, o será

alejado de su núcleo familiar. Entonces, van a verse afectados económicamente y esta afectación económica cuenta en los sentimientos que la persona expresa”. (P – 3)

En el medio intrafamiliar en que se encuentra el menor, siempre está en posición de sumisión, de obediencia, de respeto, de afecto hacia las demás personas incluyendo al agresor, lo que le impide acusar o contar lo sucedido. Es por ello que, en general, esta forma de violencia contra el menor, es guardada como un terrible secreto. El menor termina sintiéndose “acusado” por su familia como lo anota un profesional:

“También, he visto que, como que se resquebraja la unidad entre comillas y la armonía familiar. Entonces la personita abusada, además de sentir todo ese dolor, toda esa pena interna del abuso, siente el peso de la inestabilidad familiar, de que se rompe esa unidad, de que al papá se lo llevan a la cárcel. De pronto, el complejo de culpa que la mamá le hace sentir, eso es lo que he visto generalmente en esos casos”. (P - 5)

Los establecimientos de salud son en muchos casos el primer lugar de contacto para el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, estos establecimientos de salud, aún no se encuentran preparados para el adecuado abordaje de este problema de índole psicosocial. Los pediatras y médicos generales que atienden a niños deben estar alerta para reconocer los signos y síntomas de abuso sexual, para romper este silencio y encontrar maneras de ayudar a las víctimas. Según Junqueira (1998), es importante que el profesional de salud que trabaja con este tipo de violencia desnaturalice el registro sexual, a fin de percibir sus propios sentimientos y cuidar del menor de una manera conciente y positiva. Para que su trabajo pase menos por el juzgamiento y más por la acción efectiva, por acciones coherentes y concientes.

Según Paradise (1990), los menores que han sido víctimas de un abuso sexual pueden ser vistos como pacientes en las siguientes circunstancias:

1. Pueden ser llevados para un chequeo físico de rutina, una anomalía en su comportamiento o una queja física pertinente.
2. Pueden ser llevados por alguien que sospeche que el menor ha sido abusado sexualmente.
3. Pueden ser remitidos para una evaluación médica, como parte de una investigación.

Según Mitchell et al (1996) hay una discrepancia entre la importancia que el equipo de la atención médica, en las instituciones de salud, le da al hecho de investigar probable historia de abuso sexual y las acciones realizadas por las instituciones de salud para obtener tales informaciones. La mayoría de las instituciones no incluyen este tema en la entrevista de admisión. En este estudio las jefes de enfermería de 466 instituciones que ofrecían servicios psiquiátricos de hospitalización en hospitales generales, reconocieron la importancia de incluir la historia de abuso sexual entre los temas de la entrevista de admisión de los pacientes.

El abordaje terapéutico del abuso sexual de menores es muy complejo, pues debe combinar aspectos de cuidados y protección para la víctima y un manejo terapéutico a todo el grupo familiar. Según Heger (1996) es necesario una atención multiprofesional que permita percibir y manejar las alteraciones tanto físicas como comportamentales del paciente. Así como las dinámicas del entorno familiar, con un enfoque en los derechos de los menores, en la preservación del grupo familiar y en los derechos de los padres a mantener la custodia de los hijos. Para Furniss (1993) el apoyo interdisciplinario de los profesionales debe ser parte integral de la intervención global, porque se requiere: romper con paradigmas del propio profesional (¿Enfrentarse a una realidad o a una fantasía?), manejar el estrés emocional que este tipo de trabajo genera, definir acciones respecto al menor y su entorno familiar y, especialmente, tener apoyo

interdisciplinario para que los profesionales puedan reevaluar sus propios límites personales y profesionales.

El médico, según Berkowitz et al (1994), ante a una situación de abuso sexual infantil debe:

- a)** Identificar las señales y síntomas del abuso sexual.
- b)** Proporcionar evaluación médica y tratamiento a las lesiones o daños causados por el abuso sexual.
- c)** Tomar las medidas de emergencia necesarias para proteger al menor de mayores lesiones.
- d)** Proporcionar una evaluación médica completa y exacta con su respectivo reporte.
- e)** Cuando sea apropiado debe intentar mantener una alianza terapéutica con la familia.
- f)** Asegurarse de que se hagan también evaluaciones médicas a otros niños presentes en la misma casa.
- g)** Reportar todos los casos de sospecha de abuso sexual de menores de acuerdo con los requisitos legales que se exigen en el ámbito estatal y local.
- h)** Estar dispuesto y disponible para dar testimonio en la corte.
- i)** Comunicar a un equipo multidisciplinario el abuso sexual, con el fin de involucrar personal del servicio social, agencias de refuerzo legal, expertos en el campo de abuso sexual y terapeutas de salud mental, en el tratamiento del menor víctima y la familia.

Se recomienda que los profesionales que interactúan con niños, deben tener conciencia que el abuso sexual de menores existe en la comunidad. Deben pensar que la causa de desordenes en la conducta, enfermedades somáticas recurrentes, depresión y suicidio puede ser originado por este tipo de abuso. Deben intervenir para proteger al niño, notificando a las autoridades competentes y deben seguir como parte del equipo de manejo del menor. Todas las actuaciones de los profesionales deben estar guiadas por la anteposición del interés superior del niño a cualquier otro tipo de intereses, dando seguimiento a los casos y ofreciendo apoyo a la familia, no sólo al niño o niña víctima del abuso sexual.

Muchos estudios definen las diferentes etapas que deben ser cumplidas durante la investigación de los casos de abuso sexual infantil, enfocando conductas médicas, psicológicas, aspectos sociales y legales (Gauderer & Morgado, 1992; Berkowitz, 1995; Botash, 1997). En muchas ocasiones, los profesionales implicados se abstienen de poner en conocimiento de la autoridad competente la sospecha de abuso sexual por las siguientes razones:

- a)** Tienen temor y desconocimiento de las implicaciones jurídicas que esa revelación pueda tener. Es importante que los profesionales aprendan la diferencia entre poner en conocimiento y probar el delito. Otra cosa diferente es, si el profesional tiene conocimiento de una sospecha y no la comunica, en este caso, sí está incurriendo en una responsabilidad penal. Pero, si la comunica y ésta resulta falsa, no tiene ningún tipo de responsabilidad.
- b)** Anteponen el secreto profesional al interés superior del niño. La notificación de la sospecha es una obligación legal y ética, no sólo para evitar que este niño vuelva a ser abusado por parte del mismo agresor; si no para evitar que otros niños sean posibles víctimas del agresor.
- c)** El aspecto social del profesional, por temor al desprestigio y/o la estigmatización social. El miedo y la presión social nunca pueden eximir a los profesionales de la responsabilidad que tienen respecto a los niños y niñas, con sospecha de abuso sexual.
- d)** El poner en conocimiento una sospecha de abuso sexual, generalmente, no garantiza la confidencialidad y el anonimato del profesional, y puede sentirse amenazado por el agresor. Las autoridades competentes son quienes abren la investigación sobre el tema,

y quienes están obligados a emitir el informe y testificar en el juicio, no el profesional que puso en conocimiento la sospecha.

Una evaluación médica del menor, víctima de abuso sexual, debe constar de una historia clínica, la cual debe incluir un examen físico completo, una descripción detallada de las características del abuso, exámenes de laboratorio que permitan diagnosticar enfermedades sexualmente transmisibles y recolección de evidencias (Zavaschi, 1991; Berkowitz, 1995; Bar-on & Zanga, 1996; Socolar, 1996). La historia clínica es un documento importante durante el proceso judicial. Debe seguir el formato de un examen pediátrico exhaustivo, haciendo énfasis en las lesiones y los factores que pueden ayudar a determinar si el menor se encuentra aún en riesgo de un nuevo abuso. Informaciones como: Con quién vive el menor; quién cuida del menor; relación del agresor con la víctima; la manera cómo el menor se refiere al agresor; dónde, cuándo y cómo se realizó el abuso; tiempo de transcurrido el abuso y frecuencia del mismo; uso de fuerza física o de algún otro tipo de chantaje y/o coerción; si es la primera vez que informa del abuso, tipos de tratamientos recibidos por parte de la víctima; desarrollo pondo-estatural; desarrollo psicomotor y estado emocional del menor. En el examen físico: La técnica usada, posición, revisión del introito, himen, pene, ano y examen físico general.

La calidad de los documentos elaborados en los casos de abuso sexual es importante por ser usados en forma rutinaria por los servicios legales y sociales para la toma de decisiones frente al menor (Socolar, 1996). Se sugiere usar un formato predeterminado en el cual incluya en la historia: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Usó de la fuerza?. El manejo inicial de la historia clínica es diferente si hay sospecha de abuso sexual y se tiene que descubrir el abuso, o si ya hay una denuncia o confesión por parte del menor. Los factores que favorecen una mejor documentación son los cursos de educación médica continuada de abuso sexual. Se recomienda un equipo que realice revisiones de los exámenes médicos. La atención a las víctimas de abuso sexual tiene que ser obligatoriamente multidisciplinaria.

En un estudio de víctimas de abuso sexual (Onostre, 2000), el manejo pediátrico fue problemático e insuficiente por deficiencias del trabajo multidisciplinario y por la falta de experiencia y capacitación de los profesionales. Mientras el proceso de la investigación comprometa el esfuerzo de equipos multidisciplinarios, será conveniente y muy importante, proporcionar entrenamiento a los integrantes de tales equipos para que trabajen con la mira puesta en alcanzar la misma meta; trabajando unidos y confiando en que cada uno está actuando en función de lograr el bienestar del niño o la niña.

El problema se incrementa aún más cuando, a la difusión casi universal del tabú del incesto, han contribuido: la falta de conciencia pública y profesional sobre la magnitud de este problema; la negación propia del profesional sobre el hecho de que este comportamiento puede ocurrir y efectivamente ocurre; la reticencia de los profesionales a involucrarse en un asunto psicosocial difícil e incómodo; la necesidad de las familias y abusadores de mantener en secreto el incesto o el abuso sexual, debido a la fuerte prohibición sociocultural de la cual esta conducta es objeto.

Actualmente, en Santa fe de Bogotá, el Centro Integral de atención a víctimas de delitos sexuales, facilita la denuncia al estar integrados en un mismo lugar las diferentes instituciones, lo que permite hacer remisiones para ser atendidos en un sólo lugar.

El abrir caminos hacia la denuncia implica a su vez encontrar funcionarios que hayan revaluado sus propios procesos de socialización y que entiendan la urgencia de un cambio de actitudes y, sobre todo, una respuesta en servicios para que el problema no se quede solamente en denuncia.

En Colombia, las personas involucradas en la atención y manejo de las víctimas del abuso sexual y sus familiares, en su gran mayoría no han sido entrenadas, capacitadas,

ni actualizadas en forma permanente para dar un verdadero apoyo a los menores, porque el tratamiento de este tipo de abuso se inicia desde su denuncia.

Según Sánchez (1998), la educación es un proceso mediante el cual unas personas comparten con otras los resultados que les han garantizado la supervivencia a ellas y a sus grupos de pertenencia. El verdadero aprendizaje se manifiesta por medio de cambios en la actitud de las personas, es decir: *“...es la creación de nuevos códigos o la reformulación y/o reemplazo de los ya existentes. Es la apropiación que hace una persona de una nueva y diferente manera de ver algo”* (p.9). Lo anterior convierte a la educación en la encargada de asegurar la creación y continuidad de la cultura. Estos códigos llegan al interior de las personas y se convierten en sus propias verdades, las cuales son ratificadas cada vez que las personas perciben que su verdad funciona. Ello garantiza la supervivencia de una cultura, pero también se convierte en una de las principales barreras del aprendizaje de los adultos, en una resistencia generalizada al cambio.

Nuestra experiencia en el manejo de los cursos de capacitación a los funcionarios de las diferentes instituciones, nos demuestra lo difícil que es lograr el cambio en las personas, en los procesos y en las organizaciones. Cuando el uso de un conocimiento funciona y resuelve problemas, esa experiencia se vuelve un código del pensar, del sentir y del actuar.

En Colombia no tenemos datos o estudios del proceso desarrollado a partir de las denuncias del abuso sexual en menores. Los resultados de las sentencias proferidas por los Juzgados según la Fiscalía General de la Nación son mínimos frente a las denuncias recibidas para este tipo de delitos. Según el informe presentado sobre el proyecto de reforma del Código del Niño del Ministerio de Justicia y del Derecho (República de Colombia, 2000), en los procesos por abuso sexual, homicidio, y secuestros a menores, el 1,7% cuenta con una persona detenida y sólo el 18,3% de los procesos han llegado a sentencia.

El Centro de Atención Integral de Víctimas de Abuso Sexual, en sus primeros once meses de funcionamiento, había dado trámite judicial a 2252 casos de los cuales el 74,2% fueron sobre menores de edad. Los delitos tipificados fueron: En el 38% acto sexual con menor de 14 años; en el 29% acceso carnal violento; en el 13,2% acceso carnal abusivo con menor; en el 12,4% acto sexual violento; en el 4,8% acceso carnal y acto sexual abusivo con incapaz de resistir; otros 2,6% (CTI, 2000).

En las denuncias de casos de abuso sexual infantil, hay que tener en cuenta los falsos positivos, los cuales, según el *Save the Children* (2001), entre el 7% y el 30% de los casos de denuncia de abuso sexual intrafamiliar, dentro de procedimientos judiciales sobre custodia, son falsos. Esta sospecha se ha extendido y divulgado bastante, especialmente en los abogados defensores y han perjudicado seriamente el proceso de detección y denuncia de los casos. Sin embargo, se hace necesario hacer hincapié en los siguientes presupuestos: No se debe olvidar que ese niño, aunque la denuncia sea falsa, está siendo sometido a un maltrato evidente y, en estos casos, es conveniente estudiar un posible cuadro de Síndrome de Münchausen por poderes.

IV.3. El proceso judicial

La triste realidad sobre la situación en la que se encuentran los menores víctimas de delitos sexuales, durante el proceso judicial, es un aspecto que debe ser analizado. Pues los niños, además de sufrir la propia agresión del abuso, sufren el calvario del proceso penal. Aspectos tales como la finalidad punitiva de los códigos penales, cuyo objetivo principal es la imposición de una pena al autor del delito, no anteponen como primera finalidad la protección del menor. Además, los procedimientos penales no hacen

diferencias entre adultos y menores, siendo éstos últimos obligados a declarar varias veces los mismos hechos ante diferentes instancias institucionales, generando así un proceso de victimización contra el menor.

En Colombia la legislación establece que el conocimiento de la investigación, se rige según los criterios objetivos clásicos, tales como la tipicidad del delito y la existencia o no de detenido (Galvis & Pulido, 1988). Con esta doctrina se esconde al menor como sujeto prevalente en toda acción administrativa o judicial que lo afecte, lo que significa que en los delitos en los cuales el menor es víctima o responsable, tiene que competir en prioridad con otros delitos de gravedad extrema, como el homicidio, y con aquellos en los cuales sí hay detenidos. Para cumplir con el debido proceso, fiscales y jueces tienen que atender en primera instancia aquellas otras investigaciones, pues así lo establece la ley.

El proceso investigativo en abuso sexual se torna angustioso para la víctima debido a que, a menudo, son llamados a repetir la desagradable experiencia ante rostros desconocidos. Están sujetos a numerosas entrevistas que son realizadas por un grupo muy variado de profesionales que incluye a profesores, consejeros escolares, trabajadores sociales, oficiales de la policía, fiscales, jueces, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud (Kam-Fong, 1977). Si estos profesionales no están provistos de un modelo adecuado de entrevista, pueden traumatizar más a la víctima al hacerle preguntas insensibles o preguntas muy directas. Además de poner en peligro la salud mental del niño, haciéndolo sentirse inseguro, desesperado, culpable o avergonzado.

Las palabras o vocabulario usado con los menores, especialmente en las edades de 5 o 6 años, pueden afectar la respuesta dada por el menor. Se debe establecer una alianza con el niño como una parte integral de la actitud del entrevistador. Las actitudes que toma el entrevistador con cada respuesta del menor, inciden mucho en el relato de la víctima. Existe una clara dificultad para evaluar la credibilidad de los testimonios de niños y niñas menores de cinco años por la falta de instrumentos validados para evaluar la credibilidad del testimonio no verbal.

La investigación del abuso sexual (De San Lorenzo, 1995), es siempre una experiencia dolorosa tanto para el menor como para la familia. Un abordaje tranquilo y cuidadoso y sin prisa, puede hacer que el examen se torne parte de un proceso de recuperación y de tratamiento del menor y no otra forma de agresión.

IV.4. La confirmación o el diagnóstico del abuso sexual

Identificar el abuso sexual en menores se convierte en la prioridad principal por parte del servicio médico, social y legal para decidir las conductas a ser tomadas con el menor, la familia y el presunto agresor. Frecuentemente, estas instancias solicitan en el menor tiempo posible una confirmación o negación del abuso, generando presiones que, en algunos casos, no permiten la recolección de datos suficientes para fundamentar una sospecha. Furniss (1993) considera que no se debe confundir la atención médica con la entrevista legal, ambas son esenciales y representan procesos complementarios.

En Colombia, una vez recibida la denuncia por parte de la autoridad competente, esta debe remitir a la víctima y/o al sospechoso al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para la realización de un examen médico legal con el fin de determinar la comisión del delito, a través de una anamnesis, una exploración física, un análisis de las ropas o un análisis de muestras biológicas (sangre, semen, cabello, DNA etc.)

En el dictamen médico legal se debe: Establecer el estado general del menor y/o la presencia de lesiones personales; la edad clínica aparente y correlacionarla con la edad

documental; correlacionar el relato y los hallazgos al examen médico legal y paraclínicos; definir si el examen realizado es concluyente de abuso sexual o si es indispensable la utilización de medios probatorios diferentes; informar sobre otros hallazgos como enfermedades de transmisión sexual, embarazo, intoxicación exógena, problemas de conducta, etc.

En los casos en que los menores requieran de atención médica urgente, el médico forense hace la solicitud en el dictamen médico legal. Se debe enviar el resultado a la autoridad que hizo la solicitud, al igual que se entrega una copia a los familiares o acompañantes de la víctima. El actual procedimiento sistematizado del INMLCF permite entregar los informes en el mismo instante en que son elaborados.

El INMLCF, remite el dictamen médico legal a la institución que realizó la solicitud. Esta institución, en caso de considerar la probabilidad de abuso sexual, mediante informe escrito, puede remitir las diligencias a la Unidad de Reacción Inmediata de la Fiscalía (URI), según la jurisdicción a la que corresponda el domicilio de la víctima o remitirlas a la oficina de asignaciones de la Fiscalía. Allí, se realiza el reparto a la Unidad especializada de delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana. Ésta asume el conocimiento de los hechos y ordena abrir la investigación, remite oficio al Cuerpo Técnico de Investigaciones (CTI), para que realice algunas diligencias que pueden constituir prueba dentro del proceso. El CTI, lleva a cabo la diligencia ordenada por el Fiscal y rinde un informe de Policía Judicial. Con respecto a este procedimiento una profesional entrevistada comenta:

“En la mayoría de los casos, no es muy fácil llegar a identificar e individualizar plenamente a los victimarios, a pesar de los procedimientos con que se cuenta, como el archivo de retratos hablados y la sectorización de casos”. (P-2)

IV.5. Protocolo del dictamen médico legal

Con el objetivo de estandarizar el procedimiento de la atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, sería ideal aplicar el siguiente procedimiento; el cuál sabemos que requiere de un elemento fundamental como es el tiempo necesario para desarrollar todo el proceso y puede variar entre una hora y treinta minutos a dos horas y treinta minutos. Sabemos por nuestra experiencia que en el INMLCF por la demanda tan alta de solicitudes y el escaso recurso profesional dificultan la aplicación de este protocolo.

Sería ideal, que este procedimiento estandarizado se aplicara una sola vez, en donde se contara con la participación de las diferentes instancias jurídica, médica y social; buscando realizar solamente una entrevista con el menor, utilizando infraestructura actualizada como la cámara de Hessel y gravando la entrevista para que sirva de prueba durante todo el proceso judicial.

IV.5.1. Recepción del caso

Es muy difícil encontrar personas capacitadas y entrenadas para recibir este tipo de denuncias. Generalmente, los profesionales como médicos, psicólogos, enfermeras o trabajadoras sociales, no reciben este tipo de capacitación y menos aún en las instituciones de justicia tales como abogados, policías, etc.

1. Recepción del paciente y los familiares o acompañantes: El abordaje dentro de la familia de esta problemática requiere de un enfoque médico, jurídico, social y cultural. Porque la familia, considerada del fuero privado y unidad fundamental de nuestra sociedad, no permite esa intervención social de una manera fácil y adecuada. Es importante dar apoyo a la familia y al menor para que puedan confiar en que van a recibir nuestra protección personal. El contar y manifestar una situación así, es muy

duro. Debemos comprometernos a ayudarles, apoyarles y hacer lo posible para solucionar el problema.

2. Recepción de documentos: La recepción del oficio petitorio, el dictamen médico legal, los reportes médicos y las evidencias, bien organizadas a través de la cadena de custodia, proporcionan la evidencia más completa y en algunos casos la única evidencia que se pueda obtener de un abuso a un menor. Un reporte médico bien documentado ayuda a reducir el tiempo que el médico deba dedicar a los procedimientos legales, o inclusive a eliminarlos.

3. Toma de datos al paciente: El sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (CRNV, 2000), tiene como objetivo caracterizar las modalidades de lesiones producto de la violencia o la accidentalidad, con el fin de ofrecer a las autoridades y a la ciudadanía información útil para la adopción de medidas de prevención y control. Las variables se clasifican en cuatro categorías: **a)** Persona: edad, sexo, identificación. **b)** Fecha del dictamen y del hecho violento; hora del hecho. **c)** Lugar: Municipio, barrio, dirección, localidad de residencia y del hecho violento, escenario de desarrollo de éste. **d)** Circunstancia: tipo de lesión, causa, mecanismo causal, móvil, agresor, presencia de alcohol, etc.

4. Registro de información en el sistema o en el registro escrito: El proceso de recolección y alimentación del sistema de vigilancia del INMLCF, se apoya en un instrumento automatizado o manual para diligenciamiento diario, compuesto por 28 variables. Algunas de estas características son transcritas directamente de los oficios petitorios remitidos por la autoridad competente y otras generadas del quehacer forense, de los cuales son fuente primaria. El sub-registro en la información relacionada con delitos sexuales u otro tipo de lesiones, se debe a que el porcentaje de denuncia es menor al número real de hechos; o porque luego de la denuncia puede darse inasistencia a la valoración médico forense.

5. Instrucciones al paciente para dirigirlo a la atención: Se debe explicar al paciente el procedimiento a ser realizado, al igual que el tiempo que permanecerá en la institución para su atención.

IV.5.2. Entrevista inicial con la familia

Una de las cosas que debería de iniciar el tratamiento médico y psicológico de un menor abusado sexualmente es la entrevista inicial. Generalmente esta primera entrevista se hace para realizar la denuncia. Lo que significa que una persona, sin la preparación adecuada, aborda al menor con preguntas sobre qué fue lo que le pasó y éste (el menor) o el acompañante inicia el relato de los hechos, sólo para recibir una orden de desplazarse a medicina legal y hacer el examen médico legal o al Centro de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales.

En ocasiones la familia sospecha de abuso sexual y es llevado el menor al médico para hacer el diagnóstico, en muchos casos éste no tiene el conocimiento adecuado para hacer el examen médico, la recolección de pruebas o, simplemente, no conoce el procedimiento legal requerido. Es frecuente observar que en algunas instituciones de salud no inician un tratamiento terapéutico hasta tener la visita del médico forense, olvidando que la historia clínica es un documento probatorio dentro del proceso de investigación del abuso sexual.

1. Explicar el procedimiento: A la familia o acompañantes del menor se les debe explicar la razón por la cual se hace la entrevista, la obligación del médico de reportar todos los hallazgos o indicios de abuso sexual y, finalmente, todos los requisitos que hacen parte del proceso investigativo. Según Berkowitz et al (1994), se debe contestar honestamente a las preguntas que formulen los familiares o acudientes, no se debe

inculpar o hacer juicios de moral y no mostrarse horrorizado o disgustado por la situación.

2. Tomar la historia de los hechos: Se debe obtener información de familiares o acompañantes del menor antes de iniciar la primera entrevista con él. Newberger (1990) recomienda que, antes de la entrevista con el menor, se debe conocerlo y verificar su nivel de desarrollo cognitivo e identificar los nombres por los cuáles conoce las partes de su cuerpo. Se deben incluir especificaciones sobre el abuso como: fecha, hora y lugar exacto, secuencia de los sucesos, personas presentes, tiempo transcurrido entre el abuso y la denuncia o la atención médica. También se debe complementar con una historia social completa que incluya lugar de residencia del menor, miembros de la familia, sistema de mantenimiento de la familia y arreglos para el cuidado del menor.

IV.5.3. Entrevista con el menor

Es importante para la entrevista con menores verificar si tiene la capacidad de verbalización y entendimiento de lo que está ocurriendo, para ello se debe tomar en cuenta aspectos como la edad del menor y sus condiciones emocionales.

La anamnesis, o conjunto de datos recopilados por el médico acerca del paciente y su entorno, es una oportunidad no sólo de obtener datos para orientar el examen físico, los exámenes complementarios y otras medidas generales, así como también la oportunidad de establecer una relación con los familiares y/o acompañantes y el menor.

Durante la entrevista el examinador deberá observar sistemáticamente las respuestas verbales y no-verbales del menor, buscando características que sean típicas de una aseveración cierta. Según Faller (1990), existen tres aspectos acerca del comportamiento y de las afirmaciones del menor que deben ser explorados: **a)** la habilidad del menor para describir o demostrar actos sexuales específicos; **b)** la habilidad del menor para indicar el contexto del abuso sexual; y **c)** La reacción emocional del menor al describir el abuso sexual. Es importante resaltar el hecho de que la ausencia de la validación no significa necesariamente que el abuso sexual no ocurrió. Apenas significa que el investigador no pudo encontrar evidencia para demostrar que el abuso sexual si ocurrió.

1. Establecer empatía con el niño: Es importante establecer una relación que le infunda confianza al menor, técnicas como el sentarse cerca al menor, no detrás de un escritorio o mesa, y que sea al mismo nivel visual del menor; permiten crear una mejor relación con el niño o la niña. Dialogar con las víctimas de abuso sexual requiere de la construcción de habilidades esenciales, porque ellas generalmente temen contar su experiencia de abuso a un extraño.

1.1. Presentación al menor del entrevistador (médico y/o psicólogo): Es básico construir una buena relación con el menor, se debe identificar el entrevistador con su nombre y su cargo o profesión; explicar el propósito y el proceso de la entrevista, obteniendo el consentimiento del niño, explicándole la confidencialidad y permitiéndole a él hacer preguntas.

1.2. Preguntas generales sobre actividades personales, familiares y sociales: Permiten un acercamiento al menor e identificar su competencia. Este tipo de preguntas se centra en personas importantes en la vida del menor, incluyendo al supuesto ofensor.

1.3. Preguntas encaminadas a establecer ubicación tiempo-espacial. Es importante tener claridad de que el menor comprende perfectamente lo que se le está preguntando, por esto su ubicación en el tiempo y el espacio es fundamental.

1.4. Preguntas que permiten diferenciar verdad y mentira: Se debe diferenciar entre hechos y fantasías, verdades y mentiras, que el menor comprenda la importancia de contar la verdad y los hechos. Él debe saber decir en algunos casos, “yo no sé”, “yo no

entendiendo". Si el niño es incapaz de diferenciar entre la verdad y la mentira, el entrevistador, debe hacer un esfuerzo por definir la diferencia en términos más simples.

2. Establecer el motivo de consulta: Permite al niño saber que puede ser ayudado, que se va a hablar sobre lo que le ocurrió al menor y que se le va a proteger para que el abuso no continúe sucediendo. Preguntas como: ¿Sabes por qué te trajeron?, ¿Tienes algo que nos quieras comentar?, ayudan mucho para el correlato de los hechos. Los menores necesitan preguntas más puntuales y directas que los adultos.

3. Conocer la versión de los Hechos (relato libre y espontáneo): El recuento de los hechos debe ser a través de preguntas orientadas, es decir, preguntas que están dirigidas hacia el contexto del abuso sexual, pero que de todas maneras son abiertas. Estas preguntas son orientadas hacia: **a)** la persona o supuesto ofensor (¿Quién te lo hizo?, ¿Cómo se llama?, ¿Desde cuándo lo conoces?, ¿Dónde vive?, ¿Qué edad tiene?); **b)** a partes del cuerpo, este tipo de preguntas orientadas se relaciona con la experiencia o el conocimiento del menor sobre las partes del cuerpo. Estas preguntas fluyen cuando el menor, en forma natural, identifica y nombra las partes del cuerpo, si se utilizan muñecas anatómicas, didácticas o dibujos. (¿Qué parte te tocó?, ¿Dónde?, ¿Con qué te tocó?, ¿Tocó sobre la ropa?, ¿Debajo?, ¿Dentro?); **c)** preguntas orientadas a la circunstancia del abuso sexual. Pueden estar relacionadas con las circunstancias del entorno: cómo el ofensor caracteriza el abuso, o cómo el ofensor induce al menor para que no cuente lo sucedido (¿Dónde estaba la ropa del él?, ¿La tuya?, ¿Qué palabras fueron usadas por el ofensor?, ¿Te dijo algo durante la acción?, ¿Qué hiciste cuando él te tocó?, ¿Cuántas veces paso?, Fecha de la primera vez, fecha de la última vez, describe las posiciones que tuvieron, ¿Dónde estaban los adultos?, ¿Qué hacían?, ¿El individuo hizo algo más?, ¿Te obligó a hacer otra cosa?, ¿Te ha pasado esto anteriormente?, ¿Con quién?, ¿Has visto a otras personas hacer esto?, ¿Se lo contaste a alguien?, ¿Qué hicieron?, ¿Hubo algún tipo de intimidación o convencimiento?).

Un estudio para el diagnóstico de abuso sexual con muñecas (Realmuto et al, 1990), analizando su sensibilidad (probabilidad de que el entrevistador identifica correctamente los menores abusados) y la especificidad (probabilidad de que los menores no-abusados sean clasificados correctamente) concluyó que, si no existe ninguna información complementaria al entrevistador, las muñecas con características anatómicas sexuales, son una fuente pobre para evaluar si un menor fue o no abusado. La mayoría de los profesionales de salud mental usan un abordaje sistémico y multidisciplinario para la identificación del abuso. El procedimiento con muñecas puede ayudar en situaciones como: menores con retardo mental, timidez o que hablen un idioma diferente al del entrevistador.

Nuestra experiencia en el INMLCF es la de no usar muñecas, porque ellas generalmente inducen al menor a una respuesta, ya sea por tratar de agradar al entrevistado o para sentirse que está colaborando en la entrevista.

4. Antecedentes: Una historia detallada de los antecedentes médicos, permiten sospechar de un abuso sexual. **a)** gineco-obstétricos: Fecha de la menarquia o primera menstruación, duración de los ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales consentidas y fechas, número de compañeros sexuales, enfermedades de transmisión sexual y tratamientos recibidos, enfermedades del aparato genitourinario; **b)** gastrointestinales: presencia de enfermedades parasitarias, evacuación intestinal, encopresis.

5. Cierre de la entrevista. Al final de la entrevista se debe dar el espacio para que el menor pueda preguntar o agregar algo. Preguntas como: ¿Hay algo que quieras preguntar?, ¿Te preocupa algo sobre tu cuerpo?. Finalmente se le debe dar una explicación del examen físico a ser realizado.

IV.5.4. Examen médico legal

Antes de iniciar la exploración médico forense propiamente dicha, es necesario tener en cuenta una serie de factores que pueden determinar, tanto la probabilidad de encontrar evidencias como la importancia de éstas. Lo más importantes es lo relacionado con el tiempo transcurrido desde que se sufrió la agresión o abuso y aquellos que tienen que ver con la higiene de la víctima. Las lesiones sufridas por las víctimas, en la mayoría de los casos, tienen una duración no superior a una semana (siempre en función de la intensidad de la agresión). Cuanto antes sea estudiado, más datos nos aportarán sobre las características de la agresión.

1. Examen físico: Para evaluar el abuso sexual de menores durante el examen físico, según Kini & Lazowitz (1998), debe ser realizado con los siguientes objetivos: identificar cualquier tipo de urgencia clínica; diagnosticar enfermedades tratables, como las enfermedades sexualmente transmisibles; identificar gravidez e sus condiciones generales; recolectar cualquier evidencia importante; tranquilizar al menor y a sus responsables sobre la ausencia de lesiones; y evaluar el abuso físico en general. Por todo ello, podemos verificar que la importancia del examen físico va mucho más allá de la comprobación del abuso sexual.

1.1. Valoración médica general: Es importante observar la apariencia general del menor, su presentación personal (aseo, vestido), su desarrollo pondo-estatural y establecer su estado nutricional, de tal manera que nos permita identificar signos o síntomas de otras formas de maltrato infantil, tales como negligencia o descuido.

1.2. Examen físico general: Debe ser realizado un examen minucioso del menor (cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, etc.)

1.3. Desarrollo psicomotor: Identificar el grado de desarrollo psicológico y locomotor de acuerdo con su edad y sexo.

1.4. Relación con el entorno: Se debe establecer el rol del menor, su actitud social ante el examen y el examinador.

2. Valoración esfera mental: Es ideal realizar un examen de cociente intelectual y su capacidad de raciocinio mental, así mismo, se debe descartar algún tipo de alteración neurológica, problema toxicológico o dependencia de fármacos.

3. Valoración clínica de la edad del menor: El Código Penal Colombiano penaliza los delitos sexuales de acuerdo a la edad de la víctima, por ello, el dictamen médico legal debe incluir la edad clínica del menor, la que se define a través de tres parámetros clínicos: **a)** Desarrollo pondo-estatural: Permite tener en cuenta el peso, la talla y el sexo del menor; **b)** Erupción dentaria: Según la edad van apareciendo los diferentes dientes transitorios en los menores; **c)** Desarrollo de caracteres sexuales secundarios: la aparición de vello (púbico o axilar), distribución de la grasa corporal, tamaño y forma de los senos, etc., ayudan en la valoración de la edad clínica del menor.

4. Valoración de lesiones personales (áreas para y extra-genital): Las lesiones personales son tipificadas como delitos en el Código Penal Colombiano, incluidos como "Delitos contra la vida y la integridad personal". Se definen como (Sánchez & Remolina, 1990): *"Cualquier daño del cuerpo o de la salud orgánica o mental de un individuo llamado lesionado, causado externa o internamente por procedimientos físicos, químicos, biológicos o psicológicos, utilizados por un agresor sin que se produzca la muerte del ofendido"* (p.1). En caso de abuso sexual, las lesiones personales son agravantes del delito. Por esto, es muy importante realizar un buen examen físico que permita identificar lesiones personales en el menor abusado.

Es ideal, dejar un registro verificable de la lesión, a través de fotografías o cámaras de video. Las fotografías convencionales pueden ser una valiosa fuente de evidencia. Se

deben tomar fotografías desde diferentes ángulos, cuerpo entero y de cerca. Para mostrar el tamaño de una lesión se debe comparar con una moneda, regla o cualquier objeto de medida estándar; se debe incluir la foto del rostro del menor por lo menos una vez; se deben marcar las fotografías con el nombre del menor, la fecha, parte del cuerpo afectado y demás personas presentes, si las hubo.

4.1. Naturaleza de las lesiones: Se debe identificar el tipo de lesión, por ejemplo: Edema, equimosis, herida, etc. Describiendo la gravedad (discreto, leve, moderado, severo) y sus características (longitud, diámetro, bordes, etc.). También se debe ubicar la lesión, teniendo en cuenta las regiones anatómicas y usando puntos de referencia cuando sea posible.

4.2. Elemento causal o tipo de arma: Se determina con base en dos elementos de juicio como son: la naturaleza de las lesiones y el mecanismo de acción del elemento o arma. Se pueden clasificar en: **a)** Medios mecánicos: estos pueden ser cortantes o elementos que poseen filo, punzantes o elementos que tienen punta, contundentes o elementos de bordes romos y proyectil de arma de fuego; **b)** Medios físico-térmicos, que son el calor y el frío; **c)** Medios químicos, que son los ácidos y álcalis; **d)** Medios biológicos, son los virus, bacterias, hongos, etc.; **e)** Medios psicológicos, que provocan alteración de la salud psíquica, por ejemplo: la extorsión, el chantaje, las amenazas. Este último tipo de medio, es el más frecuente en el abuso sexual en menores.

4.3. Incapacidad médico legal: Es uno de los conceptos fundamentales en la medicina legal, que indirectamente nos permite dosificar la sanción. Según Mora (1980) la incapacidad médico legal se define como: *“el tiempo expresado en días que determina el perito, teniendo en cuenta la duración y la gravedad de la lesión. La duración se refiere al tiempo que gasta el tejido en lograr la reparación biológica primaria, mientras que la gravedad se determina con base en la evaluación clínica de la importancia del daño causado a la integridad personal”* (p.6). Cuando la incapacidad médico legal es menor de treinta días sin secuelas, las lesiones personales constituyen una contravención, en este caso la pena es de arresto y se admite desistir de la acción penal previo arreglo de las partes. En caso de lesiones con incapacidad mayor de treinta días o con secuelas, se considera un delito. No se puede desistir de la acción penal y se prohíbe el beneficio de la libertad provisional.

4.4. Secuelas: Según Giraldo (1992), se define secuela como: *“cualquier alteración importante en la forma y/o en la función que persiste o que va más allá de la reparación biológica primaria”* (p.9). Cuando se causa una lesión, los mecanismos de reparación pueden llevar a una resolución completa de la lesión o a una cicatrización que no altere de manera importante la forma ni la función, casos en los cuales no hay secuelas. Por el contrario, el proceso de reparación puede dejar una alteración importante en la forma, en la función (o las dos simultáneamente), caso en el cual hay secuelas y la consecuencia penal estará determinada únicamente por la presencia de la secuela.

Las secuelas se clasifican en cuatro grupos: **a)** Secuelas estéticas: Con deformidad física, es aquella alteración de carácter importante que afecta de manera ostensible la forma, la simetría o la estética corporal en reposo o en movimiento; **b)** Secuelas funcionales: Pueden ser, perturbación funcional, es aquella disminución o desmejoramiento importante de la función de un órgano o de un miembro sin que se pierda o anule la función, y, perturbación psíquica, definida como cualquier alteración que signifique desmejoramiento de la salud mental, ocasionando una alteración psíquica que interfiere de manera importante con su adecuado desenvolvimiento personal y social; **c)** Secuelas carenciales: Es la pérdida anatómica o funcional de un órgano o

miembro; **d)** Secuelas obstétricas: Son las lesiones seguidas de aborto o de parto prematuro con consecuencias nocivas para la salud de la madre o el niño.

En los menores abusados sexualmente, se genera una alteración psíquica difícil de medir, que puede manifestarse en forma inmediata, a corto, mediano o largo plazo. Es muy común en los dictámenes sexológicos de los médicos forenses, no tener en cuenta la alteración psíquica por abuso sexual en menores, debido a que generalmente los menores evaluados no presentan alteraciones conductuales observables durante la consulta. En pocos casos se solicita valoración por psicología o psiquiatría forense, con la circunstancia agravante de que son interconsultas a varios meses. Este fue un aspecto señalado por los expertos entrevistados:

“...sería muy positivo, el tener una coordinación más acertada frente a la parte de psiquiatría de Medicina Legal, para los conceptos que nos servirían muchísimo como fundamento, para definir la situación de un menor; desafortunadamente, esto conlleva que las citas en neuropsiquiatría, son citas a un mediano plazo, no tan cortas como nosotros lo quisiéramos y, por eso, nos toca fundamentarnos en el concepto de una ONG como Reunir: Que sería más satisfactorio y más beneficioso y legalmente tendría asidero, si Medicina Legal directamente nos pudiera suministrar esta información”. (P – 7)

5. Valoración del área genital y anal. Es quizás la parte más importante del dictamen sexológico. Se debe de realizar de forma ordenada, observando cualquier tipo de lesión, abrasión o alteración de piel y anexos.

5.1. Genitales externos y región para-genital: Se debe revisar cuidadosamente labios mayores, labios menores, introito buscando eritemas, equimosis, heridas, etc., ya sean antiguas o recientes.

5.2. Himen. Se debe observar su forma, si está íntegro o tiene desgarros, y si estos son recientes o antiguos. Además, se debe analizar su grado de dilatación o elasticidad, ya que es frecuente encontrar hímenes que permiten el paso del miembro viril erecto sin desgarrarse.

Pueden aparecer desgarros internos o externos que afectan al periné, al tabique vagino-rectal, y a los fondos de saco vaginales, capaces inclusive de producir la muerte. A la hora de informar de su localización se hace en el sentido de la esfera horaria.

5.3. Ano: Es importante tener entrenamiento en el examen anal por la incidencia relativamente alta en los cambios de tejido peri-anal blando, en menores normales sin sospecha de abuso sexual. Para el examen anal se recomienda realizarlo en la posición rodillas pecho, que consiste en poner a los niños en sus rodillas con el pecho apoyado en la mesa de examen, hacia atrás. Se debe aplicar una leve tracción lateral de las nalgas, para abrir la separación de los glúteos y permitir al examinador visualizar mejor el ano. Se debe observar su forma (redondo, ovalado o irregular), el tono muscular, la integridad, el eritema, la pigmentación, la congestión venosa, los cabos o pliegues de piel del esfínter anal, la presencia y ubicación de áreas lisas, depresiones, fisuras, cicatrices, los diámetros horizontales y verticales durante la dilatación y la presencia de excrementos en la ampolla rectal.

En un estudio de McCann et al (1988), para la obtención de datos normativos acerca de la anatomía ano-genital de niños prepúberes que no fueron víctimas de abuso sexual, encontró los siguientes resultados, los hallazgos peri-anales que se encontraron con mayor frecuencia incluían: Eritema (41%), aumento de la pigmentación (30%), congestión venosa (52%), áreas lisas y hoyuelos y/o depresiones (26%), pliegues y cabos de piel (11%), dilatación intermitente (62%). No se encontraron abrasiones, hematomas, fisuras o hemorroides. Esta frecuencia de hallazgos en el tejido peri-anal

blando enfatiza aún más el cuidado que los médicos examinadores deben tener al rendir un informe acerca del significado de sus hallazgos.

5.4. Embarazo. Se debe realizar una buena anamnesis y examen físico, que permita identificar signos de probabilidad, presunción o certeza de embarazo con datos como fecha de la última menstruación, tamaño del abdomen, color y tamaño de senos, etc.

6. Enfermedades de transmisión sexual. La posibilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS), después de un abuso sexual depende de varios factores (AAP, 2000): prevalencia regional de las ETS en la población adulta; el número de episodios de abuso; el tipo y la frecuencia de contacto entre el agresor y la víctima; la infectividad del microorganismo; la susceptibilidad del menor a la infección y el uso de antibiótico por el menor.

En general, realizar cultivos de rutina de todos los menores víctimas de abuso sexual no es lo recomendable. Lo más importante, es basarse en los síntomas manifestados por el menor y un análisis de la historia clínica y los hechos obtenidos. La Academia Americana de Pediatría afirma que cerca del 5% de los menores abusados sexualmente adquieren una ETS como resultado de la victimización (AAP, 2000). La prevalencia para cada una de las ETS oscila en función de la edad y del estatus social.

Ante la presencia de una infección gonocócica en un menor hay que sospechar siempre de abuso sexual (Vermund & Rodríguez, 1990). La presencia de uretritis, vaginitis, cervicitis, proctitis o faringitis por *Clamidia Trachomatis* confirma la existencia de abuso sexual en menores (Dattel & Landers, 1988).

Estudios de prevalencia de ETS en menores abusados sexualmente (Beck-Sague & Solomon, 1999), mostraron por ejemplo que la prevalencia de *Condylomata Acuminata* varía de 1,8% a 33% y la prevalencia de *Clamidia Trachomatis* varió de 0,4% a 11,1%. La presencia de *Condylomata acuminata* perineal por mucho tiempo ha sido considerada un indicador confiable de abuso sexual. Sin embargo, Obaleck et al (1990), denuncian la frecuente transmisión no-sexual de infecciones genitales por virus de papilloma en niños, y la alta e inesperada asociación del *condylomata* de niños con los virus de papilloma como responsable por las protuberancias sobre la piel.

IV.5.5. Toma de muestras

Es ideal tomar muestras de sangre, orina, fluidos corporales, etc., a la víctima y al probable agresor y tomar muestras en algunas evidencias físicas como ropa, toallas, preservativos, etc. El tiempo transcurrido entre los hechos y el momento del examen determinará el tipo de muestra que se debe tomar.

1. Víctima

1.1. Hechos recientes en tiempo menor a 72 horas: En lo que hace referencia a la higiene personal es conveniente que la víctima acuda a la exploración con la misma ropa que tenía en el momento de la agresión o el abuso, sin lavarla. La ropa puede ser una gran fuente de evidencias, desde las manchas de semen y de sangre y de otros fluidos corporales, hasta los restos de pelos o piel que entre ella pudiera haber dejado el agresor.

1.1.1. Identificación de espermatozoides humanos y semen del posible agresor y cotejo de DNA. Se pueden hallar, hasta 72 horas después del acto, espermatozoides tomados de: frotis perineal, frotis en fondo de saco vaginal, frotis anal. De acuerdo con la anamnesis se debe tomar muestras sugestivas de semen en otras áreas corporales (cavidad oral, manchas en piel, etc.). Además, se debe tomar muestras de recolección de prendas (interiores, medias, pantalón, etc.) o recolección de otros elementos (toallas higiénicas, papel higiénico, tampones, preservativos, etc.).

1.1.2. Identificación de células del posible agresor para cotejo de DNA. Es posible que se pueda encontrar en la víctima algunas señales dejadas por el agresor que permitan identificarlo. Para ello se deben tomar muestras, de la víctima, de manchas en la piel y mucosas, en región púbica (pelos, manchas, etc.), recortado de uñas (según anamnesis).

1.1.3. Identificación de sangre humana y cotejo de DNA. Siempre es importante tomar muestra de sangre de la víctima, para realizar análisis de DNA en caso que se requiera.

1.1.4. Identificación de enfermedades de transmisión sexual para establecer pre-sanidad (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenella. Guardar muestra de suero para detectar anticuerpos para: Treponema pallidum, HIV y hepatitis B).

Para el análisis de laboratorio de las ETS se debe tomar frotis vaginal y/o anal e ideal sangre de la víctima.

1.1.5. Diagnóstico de embarazo. Según anamnesis se puede realizar toma de sangre para Sub-unidades Beta y/o ecografía pélvica.

1.1.6. Intoxicación exógena. Se debe descartar según anamnesis y/o hallazgos al examen físico, el uso de sustancias psicotrópicas o cualquier otro tipo de sustancia tóxica mediante una muestra de orina y de sangre.

1.2. Hechos antiguos en tiempo mayor a 72 horas.

1.2.1. Diagnóstico de embarazo. Según anamnesis se puede realizar toma de sangre para Sub-unidades Beta y/o ecografía pélvica.

1.2.2. Identificación de enfermedades de transmisión sexual (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenerella, Treponema pallidum, HIV y hepatitis B). Para el análisis de laboratorio de las ETS se debe tomar frotis vaginal y/o anal e ideal sangre de la víctima.

2. Agresor

2.1. Hechos recientes en tiempo menor a 6 horas.

2.1.1. Identificación de espermatozoides humanos y semen, se debe tomar un frotis del surco balano prepucial.

2.1.2. Identificación de células de la posible víctima para cotejo de DNA. Es posible que se pueda encontrar en el agresor algunas señales dejadas por la víctima que permitan identificarlo. Para ello se debe tomar muestras en el probable agresor en manchas en la piel y mucosas, en región pubiana (pelos, manchas, etc.), recortado de uñas (según anamnesis).

2.1.3. Identificación de sangre humana y cotejo de DNA. Siempre es importante tomar muestra de sangre del agresor para realizar análisis de DNA, en caso que se requiera.

2.1.4. Identificación de enfermedades de transmisión sexual (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenerella, Treponema pallidum, HIV y hepatitis B). Se debe tomar muestra de frotis uretral y/o balano prepucial y sangre del agresor.

2.1.5. Intoxicación exógena. Se debe descartar según anamnesis y/o hallazgos en el examen físico, el uso de sustancias psicotrópicas o cualquier otro tipo de sustancia tóxica mediante una muestra de orina y de sangre.

2.2. Hechos antiguos en tiempo mayor a 6 horas.

2.2.1. Identificación de enfermedades de transmisión sexual (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenerella, Treponema pallidum, HIV y hepatitis B).

2.2.2. Identificación de sangre humana y cotejo de DNA. Siempre es importante tomar muestra de sangre del agresor para realizar análisis de DNA, en caso que se requiera.

3. Solicitud y/o análisis de pruebas anexadas, Según anamnesis se puede requerir de la historia clínica y/o social completa del agresor.

IV.5.6. Conclusiones

Una vez terminado de realizar el examen medico legal, se deben elaborar las conclusiones de una forma clara y concisa, que permita a las autoridades competentes

tomar decisiones sobre el menor, la familia y el agresor. Como mínimo, deben ser incluidos los siguientes tópicos:

Establecer el estado general y/o lesiones personales.

Establecer la edad clínica aparente y correlacionarla con la edad documental.

Correlación del relato y los hallazgos en el examen médico legal y paraclínicos anexados.

Definir si el examen realizado es concluyente de abuso sexual, o si es indispensable la utilización de una prueba diferente como los testimonios.

Informar sobre otros hallazgos y/o toma de muestras (ETS, embarazo, intoxicación exógena).

IV.5.7. Recomendaciones. Se debe incluir en el dictamen médico legal recomendaciones tanto para el menor, la familia y el agresor; ya sean médicas, legales, sociales u otras.

IV.5.8. Entrevista final. Debe realizarse siempre una entrevista final para informar sobre los resultados de la evaluación tanto al menor como a sus padres y/o tutores, al igual sobre el procedimiento a seguir por parte del menor y la familia. Se utilizará un lenguaje claro y sencillo, que haga comprensibles los conceptos que hemos de transmitirles de acuerdo con el nivel de comprensión de padres o tutores. Es ideal que los profesionales responsables del tratamiento también sean informados de los resultados de la evaluación.

El dictamen médico legal se considera una pieza fundamental dentro del proceso penal, el cual puede perder su importancia si no se hace un exhaustivo trabajo con el menor y la familia. Un profesional comenta sobre este aspecto:

“...con lo que no estoy de acuerdo es en las valoraciones que se practican en Medicina Legal, porque son valoraciones muy superficiales en algunos casos, que no profundizan y fueron hechos ciertos, que se cometieron y desde que llegan a Medicina Legal, se pierde el interés por ese caso. También, porque nos dan una anamnesis totalmente superficial, entonces no podemos profundizar en ese caso en especial”. (P – 5)

El mayor problema en la elaboración de los dictámenes médico legales del INMLCF, de acuerdo con nuestra experiencia personal, es el poco tiempo del que dispone, pues son muchas solicitudes para que un perito pueda atender. Esto fue corroborado por la mayoría de los profesionales entrevistados.

“Pienso que una gran dificultad es el factor tiempo y el número de pacientes que tiene que examinar un perito. Un buen examen sexológico en menores, bien realizado, no se puede hacer en menos de 2 horas y generalmente tenemos que disponer de 15 a 20 minutos, porque en una hora hay que atender al menos 3 a 4 pacientes”. (P – 10)

“Medicina Legal, teniendo un grupo de médicos legistas más grande pero, como sabemos, actualmente existe uno sólo. Entonces, claro, se centra toda la presión sobre esa única persona y el afán y la carrera, llevan a que no se tomen buenas decisiones y buenas valoraciones”. (P – 6)

Otro aspecto importante de analizar es la comprensión del dictamen médico legal por parte de la autoridad. Sobre este punto un profesional comenta:

“...con respecto a las valoraciones de Medicina Legal, cuando solicitamos por lo menos de una valoración neuropsiquiátrica, nos hablan en términos que no estamos en capacidad de comprender nosotros los abogados, porque son términos muy clínicos y que no sabemos que nos dicen allí”. (P-4)

IV.6. Las pruebas o evidencias

Las pruebas, evidencias o la comisión del hecho delictivo en el caso del abuso sexual intrafamiliar, son difíciles de demostrar debido a las características específicas de este tipo de delito. Desde la recepción de las denuncias encontramos falencias, según una profesional entrevistada:

“En el momento de la recepción de la denuncia, en algunas ocasiones, la víctima no da los datos completos, da direcciones erradas o se observan errores mecanográficos en la recepción de la denuncia. Estos errores, que a la vista de cualquier persona son insignificantes, son la base para no lograr realizar una investigación eficaz y que no se encuentren otros elementos que puedan dar luces para poder continuar con la investigación”. (P-2)

El daño físico que se espera encontrar después de una relación sexual a un menor, generalmente no se observa; debido a que cuando el menor decide contar ha transcurrido mucho tiempo y los tejidos en nivel vaginal o anal se recuperan fácilmente. En un estudio reciente de Adams & Knudson (1996), donde se examinaron los genitales de niñas adolescentes que tuvieron una experiencia probable o definida de abuso sexual, los resultados, en un alto porcentaje, fueron reportados como normales o no específicos. Nuestra experiencia en la Unidad Local de Atención de Menores del Instituto Nacional de Medicina Legal corrobora los resultados de esta investigación. Respecto al tiempo transcurrido entre los hechos y la denuncia, una profesional refiere lo siguiente:

“Se ha podido comprobar que, en muchos de los casos, se conoce de la investigación a dos o tres meses después de ocurrido el hecho. Obteniendo como respuesta que la víctima, que es la persona encargada de colaborar en la investigación, ya no reside en el lugar que figura dentro de la denuncia, motivo por el cual no se logran obtener pruebas eficaces que permitan el impulso del proceso”. (P-2)

Según Faller (1990), en menores abusados sexualmente, sólo entre un 10% y 20% de los casos se encuentra evidencia clínica del abuso. La probabilidad de encontrar evidencia médica es mayor en casos con niños de mayor edad, abuso severo y con la disponibilidad de un examinador médico experto.

Cuando la relación sexual es reciente, menos de 15 días, la frecuencia de hallazgos clínicos positivos aumenta considerablemente. Otro tipo de evidencias como análisis de las ropas o de muestras biológicas (sangre, semen, cabello, saliva, etc.), para la búsqueda de espermatozoides, análisis físicoquímicos o las pruebas Forenses de DNA se pueden utilizar si hay semen, sangre u otros tejidos humanos para practicarlas. Sin embargo, la existencia de estas evidencias es rara en los casos de abuso sexual intrafamiliar, debido al tiempo transcurrido entre la ocurrencia de los hechos, la denuncia y el examen médico a las víctimas y/o agresores y también, debido al tipo de abuso practicado como las manipulaciones y otras prácticas que no dejan marcas. En los estudios de incesto realizados por Myers (1987), se confirman estos hallazgos. Con respecto a esto, un profesional entrevistado comenta:

“El probar el delito es, digamos, el tabú en el derecho penal y para ello sólo se piensa en las pruebas, por eso un delito de abuso sexual reciente o obvio con rompimiento de himen, no tiene dificultad en probarse. Sólo que probar este delito en menores, donde hay varios factores en contra, especialmente el tiempo transcurrido entre el abuso sexual y el examen médico legal, no permite tomar muestras que puedan culpar a alguien como el responsable sin duda alguna. Al igual que el proceso o la manera como el abusador se va ganando al menor, está generando todo el tiempo el abuso sexual, con caricias y todo tipo de actos llamados en nuestra legislación penal como actos sexuales abusivos y que son punibles, son, diríamos imposibles de probar”. (P – 10)

Nuestra experiencia, en la Unidad Local de Atención de Menores del Instituto Nacional de Medicina Legal (ULAM), señala que en un elevado porcentaje no se encuentran hallazgos positivos en el examen médico legal practicado a los menores con denuncia de probable abuso sexual intrafamiliar. Este porcentaje elevado de la falta de la evidencia o de la prueba de que el menor ha sido abusado sexualmente, lo cual no significa que el menor no haya sido abusado sexualmente, es uno de los principales problemas para demostrar el abuso sexual intrafamiliar en menores.

Como es difícil encontrar evidencias del abuso sexual intrafamiliar en los menores, en la mayoría de los países se usa el relato del menor como indicio importante, lo cual permite que si no se cuenta con argumentos adecuados sobre el proceso del abuso sexual en los niños, niñas y adolescentes, es muy difícil probar el delito y condenar al acusado. El menor por su edad y su condición, no puede, no sabe, no comprende lo que está ocurriendo y tampoco sabe contarlos, no sabe como expresar a los adultos y especialmente a personas extrañas lo ocurrido, y además, los adultos no sabemos comprender o entender el lenguaje de los niños. Un profesional entrevistado refiere al respecto:

“...el medio de prueba es el testimonial, que es básico dentro del proceso. También las nuevas técnicas: la grafología y la espectrografía, que si se usan adecuada y oportunamente ayudarían muchísimo en la investigación”. (P-2)

Las investigaciones conducidas de manera inapropiada, también pueden poner en peligro la salud mental del niño, haciendo que se sienta inseguro, culpable y avergonzado. Por ello es importante que se trabaje con equipos multidisciplinarios, con entrenamientos permanentes, que permitan un trabajo en equipo, unidos y confiando en que cada uno esta actuando en función de lograr el bienestar del niño o de la niña. Algunos profesionales entrevistados se refirieron con respecto a los testimonios de la siguiente manera:

“Es triste decirlo, pero generalmente, aquí se juega mucho con el testimonio, el cual es la prueba por excelencia de estos delitos. El dictamen pericial, aunque juega también mucha importancia en estos procesos penales, no es de raigambre de importancia, que debiera tener en el mismo proceso. ... le pueden decir a uno en el dictamen pericial que, por ejemplo, se tomó muestra para espermatozoides humanos, y eso como que lo dejan al último, prima más el oír la declaración de fulano, zutano o perencejo, que no tiene nada que ver, que pedir esas pruebas”. (P – 5)

“En los casos en que se inicia el proceso judicial, es muy difícil probar la comisión del delito, porque generalmente no existe una prueba y es el relato del menor frente al relato del acusado. Esto genera mucha dificultad para llegar a dar un veredicto de culpabilidad, lo que genera mucha impunidad con este tipo de delito”. (P – 9)

“El testimonio, es bastante subjetivo y puede estar matizado de muchas cosas, en nivel de la familia, hay que tener cuidado, porque nos ha pasado que, a veces, cuando una esposa quiere el divorcio, la separación definitiva de un esposo, que no lo desea, suele manejar muy bien a un menor, a un hijo, para hacerle cargos que no tienen razón de ser. O cuando hay problemas ya en juzgados civiles, en juzgados de familia, respecto a la tenencia o custodia de los hijos, también se maneja eso. Esos son los contra que yo veo en nivel de violencia intrafamiliar, o sea, al interior de la familia, y que también es como pasional y subjetiva la denuncia, fue porque se pensó, se sospecho, se olió, pero no tiene una razón valedera o un juicio de valor real, verídico y probatorio de dónde basarse esto”. (P – 5)

Sumado a esto, los interrogatorios en Colombia, son realizados por personas no expertas en el manejo de menores. Un profesional anota al respecto:

“El abuso sexual de menores, es un delito de puerta cerrada, generalmente el material probatorio en cuanto al testimonio, sinceramente es muy pobre, pues están sólo las dos personas, el abusador siempre busca que no haya testigos, ni dejar evidencias de los hechos”. (P-3)

IV.7. Consecuencias del Abuso Sexual

Algunos niños pueden vivir un abuso sexual y permanecer asintomáticos, es decir, no mostrar signo alguno de trauma. Esto puede ser por la edad y la ejecución del abuso, que puede no percibirlo como una agresión. Por eso, es fundamental hacer seguimiento a los niños víctimas de abuso sexual, presenten o no una sintomatología.

De entre las consecuencias a corto plazo, se describe el Síndrome de Acomodación al abuso sexual infantil (*Save the Children*, 2001), y que incluye cinco fases: **a)** Impotencia. Los niños víctimas de abuso sexual generan un fenómeno de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos. Poco a poco dejarán de intentarlo siquiera; **b)** Mantenimiento del secreto. La manipulación y la amenaza a la que son sometidos les obliga a mantener, sobre todo, en los casos de abuso intrafamiliar una doble vida para mantener el secreto y evitar la revelación; **c)** Entrampamiento y acomodación. Si el abuso se prolonga en el tiempo, el niño poco a poco irá asumiendo el papel de pareja del agresor; **d)** Revelación espontánea o forzada. Cuando se llega a la revelación, suele ocurrir con un igual, pudiéndose producir bien de manera espontánea o bien forzada por un adulto al valorar los indicios; **e)** Retracción. Si no hay una intervención efectiva, incluso habiéndola, la retracción es frecuente, por culpa, vergüenza o miedo.

El síndrome por estrés postraumático es un tipo de trastorno de ansiedad que aparece tras la experimentación de un evento estresante y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su integridad física. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual, pueden incluirse las experiencias inapropiadas para la edad, aún en ausencia de violencia o daños reales, y se consideran las consecuencias del abuso sexual como una forma de estrés postraumático.

Las consecuencias a corto plazo pueden ser: **a)** Físicas: pesadillas y problemas de sueño, cambio de hábitos de comida, pérdida de control de esfínteres, etc.; **b)** Conductuales: consumo de drogas y alcohol, fugas, conductas auto-lesivas o suicidas, hiperactividad, bajo rendimiento académico; **c)** Emocionales: miedo generalizado, agresividad, culpa y vergüenza, aislamiento, ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, rechazo al propio cuerpo; **d)** Sexuales: conocimiento sexual precoz o inapropiado de la edad, masturbación compulsiva, exhibicionismo, problemas de identidad sexual; **e)** Sociales: déficit en habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales.

Algunas de las consecuencias a largo plazo que puede vivir un niño o niña víctima de abuso sexual: **a)** Físicas: dolores crónicos generales, hipocondría o trastornos psicósomáticos, alteraciones del sueño y pesadillas recurrentes, problemas gastrointestinales, desórdenes alimentarios, especialmente bulimia; **b)** Conductuales: intentos de suicidio, consumo de drogas y alcohol, trastorno disociativo de identidad; **c)** Emocionales: depresión, ansiedad, baja autoestima; **d)** Sexuales: fobias sexuales, disfunciones sexuales, falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo, alteraciones de la motivación sexual, prostitución, dificultad par establecer relaciones sexuales; **e)** Sociales: problemas de relación interpersonal, aislamiento, dificultades de vinculación afectiva con los hijos, mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja.

Como alternativa al modelo de estrés postraumático, Finkelhor (Canton & Cortes, 2000) propone el modelo traumatogénico, que es más específico y según el cual las razones explicativas del impacto psicológico son:

a) La sexualización traumática, se refiere a la interferencia del abuso en el desarrollo normal de la sexualidad. El niño aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás, y adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. Asimismo, tiene dificultades para establecer relaciones de intimidad y para integrar las dimensiones afectivas y eróticas;

b) La pérdida de confianza, que puede no sólo centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia (por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias) e incluso ampliarse a otras personas, especialmente en el contexto de las relaciones interpersonales;

c) La indefensión y la estigmatización, es sentida como culpa, vergüenza, o como pérdida de valor. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño y ejercen una profunda influencia en su autoestima. Todo ello puede llevar a una identificación con otros niveles estigmatizados de la sociedad (drogadicción, prostitución).

Por todo ello, la atención que se le ha de proporcionar a un niño víctima de abuso sexual no debe únicamente centrarse en el cuidado de sus lesiones sino debe ser coordinada entre los distintos profesionales prestando atención psicológica, dándole un seguimiento a corto y mediano plazo, así como proporcionando atención y apoyo al menor y a la familia.

IV.8. Retracción del menor y/o la familia

Es muy frecuente en etapas posteriores del proceso jurídico del abuso sexual de menores, la negación del problema por parte del menor y la familia, la intimidación del menor. Agravando aún más las consecuencias físicas y psicológicas, y generando en los menores sentimientos de culpabilidad. Un profesional entrevistado al respecto nos refiere lo siguiente:

“Cuando el problema se presenta en el núcleo familiar y la mamá es de pronto la denunciante, llega a un punto en que no quiere proseguir con la denuncia, quiere retractarse. Porque ya sabe que se le viene encima el problema familiar, con la familia de su cónyuge, o compañero, y también el problema de su núcleo familiar, que se desintegra”. (P - 2)

Desde el punto de vista psicológico, se presenta en el niño una ambivalencia afectiva junto con el llamado Síndrome de Acomodación del Menor. En el mismo, el niño se adapta al abuso sobre la base de una implicación y una distorsión de la realidad progresivamente mayor. En estos casos, el niño consigue hacer una revelación superficial y en muchas ocasiones se retracta debido a una reacción negativa del ambiente. Al respecto, un entrevistado nos comenta:

“...en el primer impacto la familia observa y tiene conocimiento que se han cometido estos abusos. Su primera reacción es ir directamente a las autoridades a denunciar pero, a medida que va transcurriendo el curso del proceso y que se da cuenta sobre las implicaciones que tiene ya el procesado, viene a resurgir, como desde el fondo, un resentimiento, en el sentido de pensar que está actuando de forma indebida, porque se trata de un familiar y cree tener la posibilidad de expresar de que no quiere que se siga con el curso del proceso porque, en cierta forma, va a afectar a su familiar”. (P - 2)

Epidemiológicamente, podemos decir que existen en las denuncias de abuso sexual intrafamiliar los falsos negativos. Lo que no se afirma socialmente es que, más que los falsos positivos, abundan aún más los casos en los que tuvo lugar el abuso, en los que los niños acaban retractándose de su historia por presiones y la denuncia sobreeséida por falta de pruebas. Cuando el niño se retracta, se cree mucho más en la retractación que en la primera versión. Para los profesionales y la sociedad es más fácil creer en la retractación y en la absolució del agresor que en la responsabilidad de éste en el hecho. No se suele poner tanto énfasis en comprobar y validar los motivos que han podido llevar al niño o niña a retractarse, como el que se pone en comprobar la veracidad y fiabilidad de su inicial testimonio. Para evitar esto, una profesional entrevistada refiere:

“Pero esto se supera haciéndole ver a la familia, cómo es que el abuso sexual va afectar a ese menor y cómo es obligación de Estado de Oficio, continuar con esas investigaciones. Hay que darles ánimo, porque en ocasiones presentan una dualidad entre los sentimientos acerca de su familiar y los sentimientos frente a sus hijos”. (P - 2)

La dependencia económica de la familia por parte de agresor es otro factor importante que ayuda a la retractación por parte del menor o la familia. Un entrevistado al analizar este aspecto dice:

“...si depende del señor para su subsistencia, para el vivir de los niños, empieza a decir que ya no tiene plata, empieza a decir que era mentira, que ya no quiere seguir o que ella inventó eso, porque la niña lo inventó”. (P - 2)

Cuando se analiza el apoyo de la familia a las instituciones judiciales empieza uno a encontrar que el común denominador es aplazar las diligencias procesales o el no comparecer a la citación. Un especialista que maneja este aspecto nos refiere:

“...la manipulación de pronto hacia los menores, no los dejan venir a las diligencias, no los traen a los exámenes cumplidamente”. (P - 2)

IV.9. Manejo interinstitucional del abuso sexual en menores

En Santa Fe de Bogotá, desde 1993 se creó el Comité Interinstitucional para la atención integral al menor, cuyas funciones son entre otras las siguientes: proyectar y desarrollar programas dirigidos a la prevención, detección, promoción, educación, tratamiento y rehabilitación del menor especialmente al desprotegido por estado de abandono o maltrato y/o deficiencias psíquicas o físicas. Este comité se ha operativizado en nivel local empleando como estrategia el trabajo en red, por lo cual se han denominado “Redes de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y de Promoción del Buen Trato”, que actualmente funcionan en las veinte localidades en que se divide el Distrito Capital.

A partir de 1999 se realizó un convenio de cooperación interinstitucional celebrado entre la Fiscalía General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá a través del Departamento Administrativo de Bienestar Social, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Personería Distrital de Santa Fe de Bogotá, con el propósito de cualificar el servicio y unificar el punto de atención, a través de un modelo de atención integral en las áreas jurídica, psicosocial, médico legal y de protección, creando así el Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales.

El procedimiento para la atención del niño o la niña que ingresa por el Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual, es el siguiente:

a) Lo recibe un psicólogo del Cuerpo Técnico de Investigaciones de la Fiscalía, con el fin de atender la crisis y realizar una orientación psicojurídica;

- b)** Luego pasa con el fiscal de denuncia, quien define la judicialización y ordena el dictamen médico legal al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF);
- c)** Los fiscales locales reciben la denuncia y el dictamen de Medicina Legal. Si es mayor de edad, la misma víctima formula la denuncia y si es menor de edad lo hace un familiar suyo o su representante legal;
- d)** El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) representado por el Defensor de Familia, dicta las medidas de protección y decide si el menor debe tomar una medida de protección, ponerlo en una institución, en un hogar sustituto, o si el menor debe continuar en el hogar;
- e)** El Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) atiende a personas de escasos recursos económicos, en el caso de atención de enfermedades de transmisión sexual, atención médica, trabajo, educación, etc. Reparte diariamente almuerzos a menores que están siendo atendidos (6-8 diarios);
- f)** La Defensoría del Pueblo, asiste al sindicado sin recursos y se hace parte civil si el sindicado tiene bienes;
- g)** El Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía (CTI), su función es colaborar con los fiscales en la investigación del delito sexual, tanto en la parte de investigación como en la parte técnica, o en el análisis de información y de datos. Se desplazan al lugar de los hechos y a arrestar al agresor;
- h)** El Ministerio Público, es un sujeto procesal dentro del proceso penal, que garantiza o es garante de los derechos; no solamente del sindicado, sino de la víctima en todo proceso, e igualmente vela para que el debido proceso se lleve en debida forma, para que no se vulneren los derechos que tienen estos sujetos y, para que las decisiones de los fiscales estén de acuerdo a la ley y conforme al material acreditativo al proceso. Su identidad, es de tal magnitud, que puede pedir pruebas, intervenir en ella, puede objetar y también especiales: interponer recursos, pedir nulidad, inhibitorios, preclusiones y además de conclusión, cuando se termina la etapa del sumario;
- i)** El fiscal radicador, quien continua con el proceso de investigación, después de la denuncia, hasta la calificación del sumario y definir una Resolución de acusación y/o Preclusión del proceso;
- j)** Después el proceso pasa a instancias del juzgado, que no forma parte de este Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual, para dictar sentencia de acusación o de absolución.

La protección y atención integral a la familia y, en especial la de alguno de sus integrantes como la mujer, el menor, los adolescentes y la tercera edad por parte del Estado y la sociedad es un mandato constitucional, artículo 42 (Republica de Colombia, 1991). El concepto de integralidad se debe observar en dos niveles: el nivel interdisciplinario e interinstitucional y el del contenido de la atención que debe brindar el sistema a sus beneficiarios. Estos dos niveles son la base para conformar el Sistema de Atención y alcanzar el propósito perseguido con la prestación de estos servicios, el cual es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y de sus componentes (Galvis & Pulido, 1998).

El primer nivel exige el trabajo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional. Lo primero porque el abuso sexual intrafamiliar se compone de un conjunto de fenómenos de carácter psicológico, social, económico, médico y jurídico que debe ser atendido por los especialistas correspondientes. Lo segundo porque, por las mismas razones, es necesario coordinar la acción de las instituciones especializadas del Estado y de los particulares, hoy en día autónoma y sectorial. Al respecto una profesional entrevistada comenta:

“Muy positivo, que se centraliza la atención a la víctima de abuso sexual, que antes no había centralización, que se realiza un convenio con las instituciones para que se haga una atención integral. Las ventajas para el usuario son grandísimas, porque todo el proceso se desarrolla en un mismo escenario, que no tiene que remitirse a Medicina Legal de la séptima y luego a Paloquemado; en un único centro la persona de pronto tiene la incomodidad de permanecer un tiempo determinado, pero ella ya ha estado previamente orientada, para saber que se va a demorar el proceso”. (P – 2)

El segundo nivel de la integralidad se refiere al contenido de los servicios que se deben prestar. En efecto, la atención a la familia y al menor debe tener como finalidad el respeto de la dignidad humana y el mejoramiento de su calidad de vida. En el campo del bienestar familiar esos servicios se refieren al conjunto de normas y procedimientos, órganos e instituciones, acciones y relaciones necesarias para alcanzar el propósito de protección integral de la familia y el menor. Esto es resaltado por una profesional entrevistada:

“Este modelo brinda una atención integral al menor, se trata de que esta situación que fue desencadenante de la protección, pueda ser identificada plenamente por el niño y pueda ser manejada apropiadamente por él, mediante el tratamiento terapéutico. Una atención inmediata en el área de psicología y en el área de medicina, e igualmente toda la ayuda que se le puede dar a través de trabajo social”. (P – 4)

La importancia radica en la capacidad que debe tener el sistema en su operatividad para hacer que las instituciones que lo conforman unifiquen sus propósitos y ordenen sus procedimientos de tal manera que lo que acontezca en uno de sus componentes se manifieste en los otros, con sus propias características. Este es un aspecto que se está trabajando actualmente según un entrevistado:

“No están definidos los protocolos mínimos de atención, o sea, la atención no está normatizada específicamente en un modelo de atención, estamos trabajando sobre eso, pero no se ha validado completamente el modelo de atención por las autoridades que tienen que validarlo”. (P – 8)

Para que un sistema funcione se requiere que las entidades que lo conforman tengan los mismos propósitos, que haya coordinación y concertación entre sus componentes y que se diseñen mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión y de la actuación.

Además, para que un sistema sea verdaderamente exitoso es necesario que exista en sus actores la voluntad y la conciencia de actuar como tal. Es decir, que sus relaciones sean coherentes y que la unidad de propósito sea tal, que sus acciones no constituyan una sucesión de actos aislados y sin propósito claro de transformar el objeto de atención. La acción del sistema debe ser coherente, interrelacionada, participativa y coordinada. Al respecto un funcionario explica:

“Se reacciona muy rápidamente, o sea, existen los contactos con las instituciones, hay una red de apoyo importantes, las cosas que no pueda realizar la Fiscalía, nosotros estamos muy en pleno contacto con el Bienestar Social del Distrito específicamente en Bogotá, con el ICBF, tenemos muy buenos canales de comunicación con las Comisarías de Familia y con las autoridades del Cuerpo Técnico, para efecto de cualquier aspecto investigativo y con estas autoridades que atienden la protección del menor, para que le brinden eficientemente y cuando el menor es remitido, se le presta una muy buena atención”. (P – 8)

A pesar de que la ley establezca funciones semejantes para varias organizaciones, debe existir claridad en la interpretación de las normas y consenso para definir la competencia de cada entidad en aras de que el sistema no se ahogue por el exceso de intervención en unos sectores y la carencia en otros que tienen que recibir igual atención. Lo anterior es comentado por un entrevistado:

“Hay que hacerle ajustes a la ley. La ley necesariamente tiene que tener claridad conceptual en torno a ciertos tópicos, específicamente de la competencia de los funcionarios y las instituciones, los aspectos relacionados con la conciliación, aspectos importantes como el mecanismo mediante el cual se conceden las medidas de protección y la competencia de algunos funcionarios y el procedimiento que deben realizar los funcionarios de familia específicamente y los jueces”. (P – 8)

Para ello, es necesario crear una instancia coordinadora del sistema y formas de comunicación interinstitucional, con el fin de garantizar que las relaciones entre las entidades cumplan sus propósitos, sin que se entorpezcan recíprocamente en el ejercicio de sus facultades y sus funciones, como lo explica un funcionario entrevistado:

“Son cosas que hay que decir, porque hay que mejorar, son celos de competencia. Entonces, yo creo que hay que establecer unas líneas, unos parámetros, para que no nos estemos pisando y que se generen las funciones muy establecidas, para que todos podamos trabajar coordinadamente y no todos hacer lo mismo. Para que finalmente no resultemos no haciendo nada, sino que seamos bien específicos en nuestras funciones, para quitar todo protagonismo, porque aquí no importa la institución que realiza, lo que debemos pensar es en lo que tiene que hacer cada institución y ser excelente en lo que tenga que hacer, y coordinar, porque es un proceso, no es cuestión de una sola institución, es un proceso que se debe llevar interinstitucionalmente”. (P – 9)

Se requiere necesariamente un cambio de actitud de los funcionarios encargados de cumplir su función dentro del sistema, ellos deben tener conciencia y conocimientos necesarios para el manejo interdisciplinario e integral de la atención para que se cumplan los propósitos del sistema, de otra manera es imposible que el sistema sea eficaz. Además, debe existir voluntad política para ponerlo en marcha. Un entrevistado refiere al respecto:

“Falta desarrollar habilidades y competencias en el funcionario instructor que atiende este caso, porque la preparación nuestra ha sido una preparación empírica, talvez más de disposición o de pálpito de parte del funcionario, pero no porque tenga una formación adecuada en este tipo de casos y, sobre todo, para realizar un interrogatorio adecuado cuando se trata de un menor que es víctima de este tipo de abusos”. (P – 8)

IV.10. Comentarios sobre la Legislación en el abuso sexual de menores

En Colombia los organismos de protección del menor y la familia son los siguientes (República de Colombia, 2000): **a)** El Sistema Nacional de Bienestar Familiar y su órgano rector, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El Defensor de Familia es funcionario público al servicio del ICBF y le competen las siguientes funciones: intervenir en interés de la institución familiar y del menor en los asuntos judiciales y extrajudiciales; asistir al menor infractor en diligencias ante el juez; la protección de menores en situación irregular; presentar denuncias penales ante las autoridades competentes por la comisión de delitos donde aparezca como ofendido un menor, etc.; **b)** Policía de Menores, es un cuerpo especializado de la Policía Nacional encargado de auxiliar y colaborar con los organismos destinados para el Estado a la educación, prevención y protección del menor; **c)** Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y de la Familia, encargada de la vigilancia judicial en los Juzgados de Familia y de Menores y de la vigilancia sobre los Defensores de Familia; **d)** Comisarias de Familia, dependientes de la Alcaldía Municipal, cuyo objetivo principal, es colaborar con el ICBF y con las demás autoridades competentes en la función de proteger a los menores que se hallen en situación irregular y en los casos de conflictos familiares.

El procedimiento penal debe concebirse como un instrumento que le permita al Estado alcanzar dos fines esenciales: garantizar la seguridad interna y hacer efectiva una

adecuada administración de justicia (Cuervo, 1999). Existen dos intereses en juego de manera permanente en cualquier proceso penal, el del procesado y el de la sociedad, el del Estado y el del acusado. Respecto de ambos puede predicarse el concepto de acceso a la justicia, observancia de garantías y en general vigencia del debido proceso.

El balance que debe buscarse consiste en hacer efectivas todas las garantías fundamentales a las que tiene derecho el procesado y al mismo tiempo lograr combatir eficazmente la impunidad. El procedimiento penal además de contener el mínimo de garantías para ser investigado y juzgado es el medio más eficaz para que una sociedad pueda hacer cumplir sus reglas de juego y sancionar a quienes afectan gravemente los derechos de los demás.

El estatuto procesal penal moderno está direccionado a lograr, mediante una efectiva y rápida investigación, el esclarecimiento de los hechos punibles y, con el respeto pleno de las garantías fundamentales, determinar con certeza el grado de responsabilidad que le corresponde a los agentes. No basta entonces limitarnos a un muy completo catálogo punitivo previsto en un Código Penal ejemplar constituido mediante el empleo de las técnicas más modernas de validación social, sino que es menester ponerlo en práctica, bajo pena de perder su legitimidad al carecer del efecto disuasivo, esencial para lograr su cometido de última instancia de control social formalizado (Granados, 1999). Sobre este aspecto un profesional entrevistado apunta:

“Pienso que nuestra legislación sobre los menores es ideal, excelente y completa; sólo que es muy bonita en el papel, pero en la práctica es otra cosa diferente. El Código del Menor, por ejemplo, es excelente; sólo que no existen los medios o condiciones que nos permitan ponerlos en práctica. Nuestras legislaciones deberían ser más realistas a las condiciones actuales de nuestro país. No es sólo pensar en aumentar o disminuir las penas por el abuso sexual. Es también el mejorar la forma de aplicar la justicia, es mejorar y dotar de medios para ejercer seguimientos y controles a los diferentes procedimientos que exige la ley. A veces me imagino que las leyes se olvidaron de lo más importante, es decir, de las personas y la sociedad. Se convirtieron en camisas de fuerza, sin ningún tipo de miramientos hacia quién, hacia el cómo se aplican y hacia el porqué y para qué se hacen. Esto es algo que complica y genera muchos costos y dificultades, porque cada vez que se cambia una ley, el procedimiento se modifica completamente, pero en el fondo los problemas no se solucionan”. (P – 10)

Un aspecto vital en la estructura de un sistema procesal penal para determinar no solamente la orientación filosófica del mismo, sino también su dirección práctica, lo es el tema probatorio y, en particular, por la forma como se respetan las garantías fundamentales en la etapa de la valoración de la prueba. En nuestras entrevistas referente a la toma de la prueba, los profesionales nos refieren:

“Es absurdo, que la prueba la tenga que tomar un fiscal y no pueda ser una persona especializada en entrevista, que sea menos maltratante para el niño, eso por ejemplo, me parece totalmente absurdo. Lo vemos en todos los países que ya han avanzado mucho más en esta temática. ¿Porqué ellos lo pueden hacer y nosotros no? Entonces es una cosa que yo sí critico y siento, porque he hablado con diferentes abogados y unos me dicen: No, eso es porque los fiscales no quieren hacer eso, no quieren ceder esa parte. Hay otras personas que me dicen: Definitivamente no se puede, la verdad, yo siento que es cuestión de interpretación de la ley, yo creo que sí se podría hacer; incluso, si el Fiscal estuviera en la cámara de Hessel al otro lado, viendo la entrevista, y de pronto orientando y si necesita hacer alguna pregunta específica o algo, u orientando a la persona que está haciendo la entrevista. Creo que sería saludable mentalmente para los niños, para los fiscales, para todo el mundo”. (P - 1)

Las etapas de aseguramiento, práctica, asunción y contradicción de la prueba se hacen en la fase de investigación previa e instrucción y la etapa de juzgamiento se limita a la valoración de la prueba por el juez de conocimiento (Republica de Colombia, 2000). El juez de conocimiento sólo puede tener como fundamento de su decisión de absolver o condenar, la prueba practicada y valorada durante el juicio oral, salvo eventos excepcionales, por lo que toda prueba que no cumpla con este requisito será nula de pleno derecho, por desconocer el debido proceso. Por esto es frecuente que los funcionarios que trabajan en la fase de investigación opinan:

“ En el juzgado se aboca el conocimiento y se ordenan, también una cantidad de pruebas, que a veces ya estaban decretadas y tomadas en el proceso de investigación”. (P – 2)

Según Cuervo (1999), el gran cambio que necesita el procedimiento penal colombiano consiste en liberarlo de la pesada carga que impone una tradición de tramitar un procedimiento escrito. La investigación debe dejar de concebirse como el pesado y poco útil trámite escrito de recepción de testimonios y dilación de asuntos de fondo. La Fiscalía debe poder investigar con libertad, obviamente respetando las garantías fundamentales, ejerciendo la discrecionalidad de tramitar la acción penal cuando en realidad proceda y existan pruebas claras de responsabilidad penal. Los jueces en lugar de ser espectadores de segunda y lectores de expedientes, se encargarían de tutelar efectivamente el derecho a la libertad considerando las solicitudes de privación de la misma presentadas por los fiscales y dirigirían con estricto cumplimiento del principio de inmediación los juicios públicos orales. Frente a este procedimiento escrito un profesional nos dice:

“Fundamentalmente, cambiaría el excesivo y rígido formalismo de escritura que a toda hora se hace en el papel. Pienso, que ahora hay medios electrónicos muy avanzados, específicamente en lugar de tener una cantidad de expedientes, podríamos recolectar toda la prueba en un disquete y ser analizada a través de un sistema electrónico, eso cambiaría el procedimiento escrito en oral, mucho más ágil, mucho más breve y que en realidad posibilitaría que la justicia actuara prontamente y con eficacia y también se le daría más apoyo al Fiscal, específicamente en las áreas de investigación si se contara con los medios técnicos y logísticos para realizar esa investigación”. (P – 8)

El modelo procesal moderno está direccionado a lograr, mediante una efectiva y rápida investigación, el esclarecimiento de los hechos punibles y, con el respeto pleno de las garantías fundamentales, determinar con certeza el grado de responsabilidad que le corresponde a los agentes. La realidad colombiana es la de que el modelo procesal ha fracasado (Granados, 1999), los niveles de congestión, los bajos resultados de gestión, la duración promedio de los procesos y, sobre todo, la escasa credibilidad en la comunidad del aparato de justicia penal, no pueden ser más preocupantes. Algunos entrevistados al respecto refieren lo siguiente:

“El alto cúmulo de trabajo de los funcionarios del área penal, se manifiesta en los casos, no pueden ser manejados con la inmediatez necesaria, sino que son prolongados en el tiempo y con el consiguiente peligro que los abusadores de los menores se pierdan y no puedan dictársele una medida apropiada, para que no siga tratando de esta forma a los infantes”. (P – 7)

“...yo creo que lo fundamental, es cambiar en primer lugar el ambiente laboral y, en segundo lugar, capacitar a los funcionarios que realizan este tipo de actividades, formarlos en habilidades y destrezas y sensibilización ante este tipo de delito y ante todo, suministrarle a esos funcionarios los elementos necesarios y logísticos para poder desarrollar adecuadamente su labor”. (P – 8)

Las funciones de la pena en el Código Penal Colombiano, son las de prevención general, retribución justa, prevención especial, reinserción social y protección al condenado. En cuanto a la resocialización en los casos de delitos sexuales, los profesionales entrevistados explicaron:

“La función de la pena sería resocializadora, pero realmente las condiciones en que cumplen las penas aquí, una persona que ha cometido un delito sexual, pues no son esas y realmente la función de la pena no se cumple. Incluso, actualmente en las cárceles lo que están haciendo con las personas que cometen delitos sexuales, es proceder de la misma forma. También son víctimas de delito sexual y, además, de homicidio. Entonces, en las cárceles se cuidan mucho de recibir las personas que han cometido este delito, porque se van a ver abocados a la comisión de homicidios. No se cumple la parte de resocialización”. (P –2)

“El código de ética dentro de la cárcel: el violador debe ser violado y asesinado. El problema es complicado, porque como medida de aseguramiento la persona es encarcelada y este delito prohíbe la excarcelación, lo que viene a resultar en una sentencia de muerte al agresor, sin una seguridad de haber cometido el delito”. (P – 3)

“Todos aquí sabemos, que cuando entra un violador lo matan o le hacen cosas peores de las que el hizo, pero este hombre, también necesita ayuda y pienso que ahí, la ley tiene que transformarse. También, la ley tiene los brazos para poder hacer esos cambios en el sistema carcelario, creo que deberían contar un poco con la mirada de otras disciplinas en el momento de legislar. Pienso que es una pelea dura y difícil, a muy largo plazo; pero pienso que la ley debe ser más amplia y conocerla más a fondo”. (P – 9)

“A los sentenciados por abuso sexual, las instituciones carcelarias no disponen de programas especiales o específicos para este tipo de delincuente. Generalmente reciben sólo humillaciones y degradación, no sólo por parte de los compañeros, como también, por parte del personal de guardia e inclusive de los mismos profesionales. Se dice en el argot carcelario que es bien visto y preferible ser criminal por asesinato por ejemplo, que ser criminal por abuso sexual. En muchos casos, estos abusadores sexuales terminan siendo abusados sexualmente y muertos dentro del presidio”. (P – 11)

Según la Corporación Excelencia en la Justicia (CEJ, 2000), se debe reestructurar todo lo concerniente a la penología, puesto que tanto los criterios para dosificar las penas, como la clase, entidad y cantidad de las mismas han sido unánimemente considerados como el mayor yerro del Código Penal actual. Los profesionales entrevistados concuerdan con esta posición al comentar:

“El bien supremo es la vida y el delito sexual es más punible que el homicidio. El aumento de penas no hace que el delito se disminuya, por ejemplo cuando se aumentó el delito de homicidio hasta los 60 años, eso no disminuyó el homicidio en el país. Todo mundo quiere para los violadores la pena más grave”. (P – 3)

“Como cosas negativas que quedó en la ley, es que no hay proporcionalidad en las penas, por decir algo, un delito de acto sexual abusivo con incapaz de resistir, tiene una penalidad menor, que la de los actos sexuales abusivos con menores de 14 años. Pienso, que no hay una coherencia en estas normas, lo mismo que en el acceso carnal violento con menores de 14 años, que quedó una pena de 20 a 40 años, que casi se equipara al homicidio. Pues, ciertamente el delito sexual, es un delito que deja mucha secuela, mucha huella. Pero, la vida, hemos sabido que es un bien jurídico, que está de primeras en la lista de los bienes jurídicos. Entonces, casi que un sindicado de delito sexual, puede tener una pena mayor que la de un homicidio. Cuando hay concurso de hechos punibles o sea de la misma naturaleza o de diferente naturaleza, nosotros hemos visto que han impuesto condenas de 60 años y le queda a uno en su mente, pensar que

esa pena es suficiente o sirve para realmente rehabilitar a una persona de delito sexual, si no se tiene en cuenta su valoración psiquiátrica, de tratarse de una persona con desviaciones sexuales, que de todas maneras, difícilmente, van a dejar de cometer estos hechos, siempre serán reincidentes en estos delitos”. (P- 6)

En la Constitución Política de Colombia, encontramos plasmados los derechos mínimos de los reclusos, reconociéndolos como miembros de la comunidad, la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz. La realidad es que existe una crisis penitenciaria en Colombia (CEJ, 2000), con noventa y siete establecimientos carcelarios y unos índices altísimos de hacinamiento. Siendo las cárceles inhumanas en su esencia, lo son en su funcionamiento, y esto las convierte en lugares infernales, donde “la morosidad de la justicia, el maltrato a la población penitenciaria y otros motivos” las hace convertir en más inhumanas de lo que son. Convirtiéndose en lo único que en esas condiciones pueden ser: “universidades del crimen”. Al respecto los funcionarios entrevistados refieren:

“Es importante de pronto, introducir no tanto en la penalización, sino trabajar fuertemente en el problema de la resocialización del sujeto y más que en la realización del delito, las penas en nuestro país no cumplen los propósitos que deben cumplir, que son de rehabilitar al infractor y también se requiere antes de la normatividad, una fuerte campaña de prevención para este tipo de situaciones”. (P – 8)

“En las cárceles, no se cuenta con las condiciones técnicas, logísticas y de infraestructura física para dar una atención al menos humanizada. Acá los pabellones de los presos, no poseen las mínimas condiciones de salubridad, no hay sanitarios dignos ni adecuados, hay hacinamiento y no existe clasificación por tipo de delitos, lo cuál genera una convivencia con personas de diferentes estratos sociales y de alta peligrosidad. Pienso que los sitios menos adecuados para una resocialización son las cárceles”. (P – 11)

“Los funcionarios administrativos dentro de los presidios, deben también modificar el perfil y el sistema de selección y ejercer sus funciones dentro de la cárcel, de manera que sean personas capacitadas, entrenadas para manejar este tipo de problemática y no generar mayor violencia y corrupción que es el común denominador en estas instituciones”. (P – 11)

El Código Penitenciario y Carcelario establece el sistema de tratamiento progresivo que contempla en sus fases periodos semiabiertos y de mínima seguridad, que comprende la libertad condicional, lo que asegura con la asistencia post penitenciaria, el proceso de reinserción social, el cual fue bastante cuestionado por los profesionales entrevistados:

“Una vez terminada la condena, estas personas no reciben ningún tipo de ayuda por parte del Estado para reintegrarse a la familia y a la sociedad, esto puede generar reincurrir nuevamente en el delito y regresar a la cárcel. Acá se encuentran los llamados desechables, que prefieren la cárcel que vivir fuera de ella. Aunque uno sabe que el gobierno se preocupa e invierte mucho dinero en las cárceles, pero en la práctica, no se ve ningún tipo de cambio o de efecto”. (P – 11)

“Se debe hacer un seguimiento al abusador o violador sexual como se hace en otros Estados, donde una vez la persona cumple la pena o la condena, para reinsertarse a la sociedad, se le manda a un sitio donde las personas tienen que aceptarlo y si no lo aceptan, pues, no lo dejan allí. La Trabajadora Social, le está haciendo un seguimiento, una observación día a día, de su quehacer, de como va su comportamiento. O sea, no lo descuidan y están protegiendo a la sociedad, sin dejar de lado de que es un ser humano y que tiene derecho también ha ser reinsertado y a perdonarle un error, si es que no se evidencia, que vaya a ser una persona con esas tendencias y a reincidir en estos delitos”. (P – 6)

El sistema de tratamiento progresivo igualmente, contempla los beneficios administrativos, que en armonía con el tratamiento penitenciario progresivo, se constituyen en sistemas que incentivan el buen comportamiento del interno y le permiten proyectar una libertad anticipada, realizando trabajo extra muros o comunitario que le brindan alternativas diferentes en la búsqueda de su resocialización. Para ello los profesionales entrevistados recomiendan:

“Un aspecto fundamental, es humanizar las cárceles, adecuando sus instalaciones físicas, brindar más oportunidades de trabajo, capacitación, apoyo psicológico a estas personas y lógicamente a sus familias. No sólo deben venir acá a cumplir una pena, si no que sirva el sistema carcelario con su objetivo, el cual es socializar a este tipo de individuos. Debe existir una coordinación interinstitucional que permita optimizar recursos, físicos, locativos, económicos, para que de esta manera, podamos recuperar muchos valores humanos que tienen estas personas y de esta manera convertirse en personas útiles a la comunidad y a la sociedad en general”. (P – 11)

“No podemos seguir enfrentando los delitos con las penas, sin plantear alternativas de prevención, de atención a estas familias y a estos agresores. Creo que la legislación debe trabajar en ese sentido. Aquí hay un problema de conciencia pública, en donde nos sentimos satisfechos si logramos tener un culpable y sentenciarlo. Creo que esta problemática no se debe manejar así. Es un delito, pero, es diferente en el sentido que afecta la familia que es la célula de la sociedad”. (P – 10)

En cuanto al tratamiento de los agresores, existen en varios países (Save the Children, 2001) programas dirigidos a agresores sexuales que se encuentran en prisión. El éxito de esta intervención dependerá en que en las instituciones públicas, se posibilite el trabajo continuado con los agresores dentro de los presidios y una vez que éstos cumplan su condena.

Lo primero que debe hacerse es una evaluación inicial que nos permita conocer aspectos individuales como: edad, funcionamiento familiar, relaciones de amistad y de pareja, historia sexual, si es por primera vez o mas veces, si ha sido víctima de abusos, habilidades para afrontar problemas, conocimientos sobre sexualidad y creencias respecto al sexo, tratamientos anteriores, etc.

También se debe conocer la respuesta a estímulos, a situaciones o estados emocionales previos a la emisión de la conducta, sean positivos o negativos, las sensaciones físicas que aparecen antes de la agresión, el consumo de alcohol o drogas, las situaciones que facilitan la agresión, la presencia de una figura a la que se dirige el deseo sexual y la existencia o no de una conducta agresiva. Estas conductas deben ser considerando sus tres niveles de respuesta cognitivo, emocional y comportamental.

Los contenidos terapéuticos están enfocados a los siguientes aspectos:

a) el reconocimiento del problema como requisito prioritario: el facilitar que el agresor asuma que su comportamiento supone un problema y que como tal puede ser modificado debe ser el primer objetivo de la intervención terapéutica. Para ello, el terapeuta deberá enseñar al agresor a detectar y evaluar cuáles son las consecuencias que para él ha tenido el haber cometido estos abusos, las que ha tenido para la víctima y a establecer por qué se rechazan las actividades sexuales entre un menor y una persona en clara desigualdad. Se debe identificar si se presentaron respuestas de autocastigo o de culpabilidad.

Es importante desarrollar la empatía, es decir, que pueda el agresor ponerse en el lugar de las víctimas y entender sus sentimientos. Una vez que se ha desarrollado esta capacidad de empatía, se incluyen en los tratamientos algunas sesiones que se dedican a pedir perdón a las víctimas. A este respecto una profesional nos manifestó:

“...Parte de lo que hacemos con terapia de familia, es hacer que el abusador, si está dispuesto obviamente, pida perdón, le pida perdón a la víctima. Eso le ayuda al niño, a la recuperación, eso le ayuda muchísimo más rápido.(...) saber pedirle perdón, de arrodillarse, de disculparse, no solamente con el niño abusado, sino con toda la familia y ese es un proceso que de verdad, nos ha dado muy buenos resultados en la terapia de grupo”. (P – 1)

Es frecuente encontrar en los agresores sexuales una serie de distorsiones cognitivas generalmente relacionadas con su responsabilidad y el daño psicológico que supone para las víctimas. Por ejemplo, los agresores pueden creer que a los niños les gustan las relaciones sexuales; que si un niño acepta tener relaciones con un adulto, éste está libre de responsabilidad; que el niño disfruta con la relación sexual; que los contactos sexuales forman parte de la educación sexual de la víctima, etc.

b) Control y modificación de impulsos sexuales. A través de un enfoque educativo, es posible enseñar a los agresores a ser dueños de sus deseos y de su excitación. Uno de los objetivos centrales del tratamiento será modificar esos patrones de funcionamiento sexual.

c) Manejo de la agresividad. Es importante tener en cuenta que los agresores que hayan sido víctimas de abusos sexuales, pueden cometer abusos debido una agresividad no canalizada por otros medios.

d) Educación emocional. Una de las características de los agresores sexuales es la dificultad para diferenciar unas emociones de otras (tristeza de ira, ansiedad de agresividad) y sobre todo para comunicarlas.

En cualquier tratamiento terapéutico, uno de los objetivos fundamentales es no sólo mejorar el funcionamiento del paciente, sino también dotarle de estrategias para enfrentar su problema. Desde este marco se facilitará al agresor la adquisición de recursos para plantearse con éxito los diferentes problemas como búsqueda de empleo, uso del tiempo libre, acceso a los recursos sociales y comunitarios, etc.

Para mejorar el manejo del sistema penal colombiano, la Corporación Excelencia en la Justicia (CEJ, 2000), propone cuatro estrategias completas y complementarias: a) fortalecimiento de las políticas de prevención; b) replanteamiento integral de la política penitenciaria y de rehabilitación; c) adopción de un sistema procesal penal moderno, eficiente y ágil; y d) instauración de un mecanismo de coordinación serio de alto nivel entre las principales instituciones del sistema penal.

El Código del Menor en Colombia, establece los principios rectores que orientan la protección integral, la responsabilidad, la competencia y los procedimientos para garantizar los derechos y el desarrollo integral de los niños (República de Colombia, 2000). Es un marco legal amplio e ideal, que permite junto con toda la legislación sobre menores que existe en el país alternativas de solución a los problemas que estamos enfrentando en materia del abuso sexual en menores, pero que requiere encontrar nuevos rumbos de eficiencia y celeridad que influyan de manera contundente en rebajar el porcentaje de impunidad y generar la conciencia y el respeto de una verdadera justicia. En este sentido los profesionales entrevistados comentan:

“ La legislación tiene muy en cuenta los derechos de la víctima, es decir que se debe tratar con dignidad, con respeto, con reserva de su intimidad y para eso, obviamente, ya no se debe propender por preguntas capciosas o que vayan contra lo íntimo de la persona. Eso fue un avance bastante importante, lo mismo que la orientación del tratamiento, no solamente médico, sino psicológico y de protección al menor de edad, en caso de que se esté vulnerando sus derechos, al interior de la familia. Por ende, el

Estado, puso su granito de arena para proteger a estos niños de ser abusados sexualmente o de ser maltratados física o psicológicamente”. (P – 6)

“Los menores no se encuentran desamparados, existe una legislación que los apoya, y un menor conoce, hoy en día, cuáles son sus derechos fundamentales y el trabajo preventivo que se está realizando en un nivel más amplio, aunque falta aún más por hacer”. (P – 7)

CAPITULO V
LA MORALIDAD DEL ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

CAPITULO V - LA MORALIDAD DEL ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

V.1. Introducción

El abuso sexual intrafamiliar en menores constituye actualmente una de las prioridades de las políticas públicas de muchos gobiernos democráticos en los países occidentales. Esto se debe, principalmente, al aumento de las denuncias de este tipo de prácticas, consideradas moralmente reprobables por la mayoría de los ciudadanos de esos países, cuando no son verdaderos delitos en el plano jurídico contra la persona del menor. De hecho, tanto en los códigos éticos como jurídicos, formulados para reglamentar el campo de las relaciones entre los individuos, existen referencias a derechos y deberes, a normas y principios morales considerados fundamentales y dirimientes para ese ámbito, inclusive en el ámbito intrafamiliar, tales como la tutela de la dignidad y / o de la vulnerabilidad de la persona humana; el respeto de la autonomía (plena o parcial) de las personas involucradas en un hecho; la legitimación de éste mediante el consentimiento libre y claro o, en el caso de involucrar a personas no autónomas (o parcialmente autónomas como es justamente el caso de menores), la exigencia de un beneficio real y directo del sujeto, objeto del acto, como única finalidad legítima de este acto.

Entretanto, el interés social y político creciente sobre los derechos de los menores, por parte de la población de los países democráticos occidentales, puede ser considerado “paradójico”.

En efecto, por un lado parece confirmar el establecimiento de una cultura moral y jurídica humanista y universalista de los derechos humanos (que Norberto Bobbio sintetizó por la feliz expresión “era de los derechos”) y, en el caso que nos atañe, de los derechos de los niños o menores (establecidos en el ámbito internacional a partir de 1924 por la Convención de Ginebra sobre los derechos de los niños, prolongada por la Convención Internacional de las Naciones Unidas de 1959 y ratificada en 1990 por los países signatarios de la misma). Mas, por otro lado, parece incapaz de evitar los abusos contra tales derechos, como muestra la actual controversia, en el ámbito internacional, sobre la pedofilia, en los diferentes medios de comunicación, en la Internet en particular, donde la pornografía y la prostitución infantil son aún de fácil acceso para la población en general, cuando no reivindicadas como un derecho a la libre expresión.

Esta paradoja parece favorecer en las sociedades democráticas occidentales y, particularmente, en los ámbitos familiares, no sólo el aumento de abusos contra el menor, sino también una mayor aceptación y connivencia de la sociedad con este tipo de prácticas, ya sea debido a un sentimiento difuso de impunidad, o sea invocando, de forma perversa, principios tales como el derecho a la privacidad, el derecho a la diferencia cultural y *last but not least*, un supuesto consentimiento del menor supuestamente emancipado del paternalismo moralizante, cuando no “moralista”.

Esto parece convertir la práctica del abuso sexual en menores en una auténtica controversia moral, ya que algunos la consideran como una práctica que puede y debe ser reprobada, inclusive sancionada por los rigores de la ley, y otros, contrariamente, la consideran una práctica que aunque fuese reprobable por no existir de hecho el libre consentimiento de la “víctima”, ni por ello debería ser objeto de intervención de los poderes públicos y de un supuesto Estado “paternalista” y “autoritario” que intervendría en aspectos que no le competen.

Así fue como se estableció la controversia, debido a una interpretación del propio espíritu de la Convención de 1990 en nombre de un nuevo derecho del menor a los derechos tradicionalmente reservados a los adultos, comenzando por el derecho a la sexualidad y al placer. Razón por lo cual la controversia resultaría un conflicto entre la protección del menor, por un lado, y su autodeterminación, por otro. Esta cuestión es,

evidentemente, más compleja, como trataremos de demostrar, en el estatuto particular del menor. Su vulnerabilidad intrínseca y su autonomía procesal a través de la educación, los cuales son motivos de reflexión para que, incluso siendo una sociedad liberal y permisiva, no pueda aceptar como moralmente legítimo este tipo de prácticas sin discusión, en nombre de un supuesto aumento de las libertades individuales.

Las acciones de los grupos que vienen trabajando en el intento de prevenir y desvendar el abuso sexual de menores en el ámbito familiar, y que buscan crear estrategias y mecanismos capaces de evitar la impunidad, encuentran, sin embargo, muchas dificultades, ya sea por la práctica del silencio por parte de las víctimas y de la sociedad en general, o por las tímidas acciones concretas en el apoyo al menor y a la familia o, inclusive, por la propia reticencia por parte de la familia a denunciar a uno de sus miembros y exponerse, de tal modo, a la posibilidad de eventuales consecuencias negativas adicionales. Además de ello, existe también una falta de conciencia profesional sobre la real magnitud del problema, así como una comprensible (aunque no necesariamente justificable) reticencia de tales profesionales a involucrarse en un asunto psicosocial complejo, difícil e incómodo, casi siempre negado (o denegado) durante las investigaciones judiciales, tanto por los autores como por las propias víctimas. (Pennington, 1995).

En este capítulo se pretende analizar la moralidad del abuso sexual en menores, tomando en cuenta las características de los actores involucrados y del proceso, desde la ocurrencia del abuso sexual intrafamiliar, pasando por los momentos de la denuncia por parte de familiares o conocidos, la atención prestada a la víctima y a la familia por parte de las instituciones estatales, y el juzgamiento del probable agresor por parte de los órganos judiciales. El método de análisis escogido es el análisis racional e imparcial de los argumentos en campo, esto es, de los pro y contra, con la finalidad de identificar una solución que sea moralmente aceptable.

V.2. Características del abuso sexual intrafamiliar, pertinentes para el análisis moral

V.2.1. La víctima y su medio intrafamiliar

La primera característica a ser resaltada es el hecho de que el abuso sexual intrafamiliar contra menores sea practicado por personas conocidas (familiares, amigos, vecinos, profesores, etc.).

En esta situación, podemos anotar que:

a) El menor requiere de la tutela, el apoyo y la representación por parte de los adultos, sin poder hacer valer sus derechos y defenderse por sí solo. Este hecho es problemático si tenemos en cuenta que el niño que sufrió el abuso sexual siempre será una persona desconfiada de cualquier representante del mundo adulto. Aiken & Purdy (1998), tomando en cuenta los derechos de los menores y aceptando el hecho del abuso sexual intrafamiliar, proponen derechos iguales para adultos y menores, argumentando que los menores estarían de hecho siendo perjudicados por los límites impuestos por el Derecho, razón por la cual los menores sólo podrían ser capaces de defenderse de manera adecuada cuando sus derechos sean reconocidos en iguales condiciones a las de los adultos. *A fortiori* esto sería válido en el caso de familias en las cuales no exista una verdadera responsabilidad de parentesco ni una buena relación entre padres e hijos. Entretanto, esta corriente, representada por los dos autores y conocida como “liberacionista” (*children’s liberationism* o *kiddy-libbers*) o de “autodeterminación” de los menores, parece oponerse conceptualmente a la tradición kantiana de la protección de los menores, por considerarla una forma moderna de opresión secular.

De hecho, los dos autores tienen en cuenta los argumentos de la vertiente “proteccionista” ya que rescatan el argumento de que los menores son sujetos particularmente vulnerables debido a no poseer aún una autonomía plena, la que sólo será adquirida a lo largo del proceso educativo y de evolución moral y de la responsabilidad, resultante de la interacción social. Por esto, consideran que los derechos de los menores tienen un estatuto moral y legal especial, debido a la falta de experiencia, competencia y madurez. Por lo tanto, se espera que los padres protejan y guíen a sus hijos y que el Estado imponga algunos límites en el ejercicio de la autoridad paterna y de los derechos especiales para los menores.

b) El menor, debido a su edad y a su condición de vulnerabilidad, no comprende plenamente lo que está ocurriendo con él, ni sabe expresarlo para los adultos, especialmente a los adultos extraños, cuando no son los propios adultos los que no entienden la manera de expresarse de los menores, razón por la cual se requiere la ayuda externa de especialistas. Pero esto requiere determinados cuidados. Según Soares (1997), es importante que esta intervención “bien intencionada” no genere una nueva forma de “victimización” ya que el abuso termina, generalmente, después de esta intervención. Sin embargo, existe la posibilidad de la desintegración familiar o de la institucionalización del menor, lo que puede representar una nueva agresión contra el menor desde el punto de vista psíquico y social. En este caso, es imprescindible ponderar las probables consecuencias del acto de la intervención, lo que puede llevar a verdaderos dilemas morales.

c) Las eventuales tragedias familiares, generadas a partir de las revelaciones del menor, tienen, muchas veces, la consecuencia de que el menor pase del papel de víctima al de culpable, sin ningún apoyo externo tanto para él como para su familia. Esto genera una típica situación de doble efecto de este acto, porque lo que sucede en la práctica, la mayoría de las veces, es el aislamiento del menor de su medio, generando una nueva agresión hacia él. Por tanto, el apoyo externo al ambiente familiar tiene que tomar en cuenta, simultáneamente, el interés del menor de no ser más abusado sexualmente y el deseo (cuando exista) de permanecer en su propia familia. Lo cual requiere de una sensibilidad especial puesto que al retirar al menor de su ambiente familiar podría eliminarse la posibilidad de apoyo, de rehabilitación y de una nueva forma de integración familiar, con consecuencias imponderables.

V.2.2. La baja efectividad de los procedimientos en la atención al menor víctima de abuso sexual

De hecho, tales procedimientos pueden ser poco efectivos:

Cuando el menor decide contar a alguien los hechos del abuso sexual, generalmente, ya ha transcurrido mucho tiempo (meses y hasta años).

Cuando se realiza la denuncia a las autoridades (policía, procuraduría, defensores de familia y juzgados, etc.) y éstos sólo reciben la denuncia y remiten a la víctima a un médico legista para el dictamen médico legal.

Cuando el médico envía el resultado de su examen a la autoridad solicitante y esta inicia un proceso judicial después de haber transcurrido algún tiempo de ocurrido el abuso, lo que implica la pérdida de indicios y pruebas y, desde luego, la eventual incriminación del agresor.

Cuando acontece este tipo de delito, la infraestructura física y organizacional no es la más adecuada para realizar este tipo de exámenes e interrogatorios con menores.

Cuando las investigaciones son deficientes, debido a informaciones poco relevantes e indicios poco significativos o interpretados incorrectamente.

Cuando no existe apoyo alguno a la familia investigada.

En la práctica la captura de sospechosos es, en general, excepcional. Cuando se realiza un análisis imparcial de estos procedimientos, considerados inadecuados, se observa que el principio de justicia (uno de los principios morales más importantes de la ética aplicada para dirimir conflictos de intereses y valores, así como para regular el buen desarrollo de la convivencia social) ejerce, de hecho, un papel menor en estos casos. La igual consideración de los intereses (principio de igualdad) y las posibilidades reales de compensación de los daños (principio de equidad), que constituyen, dialécticamente, la estructura moral de la justicia, por un lado, están de hecho en el espíritu de la ley que protege los derechos del menor. No obstante, por otro lado parecen estar lejos de ser aplicados efectivamente, así exista un aumento de los abusos sexuales en menores. Si además consideramos las dificultades estructurales enfrentadas por los así llamados “países periféricos”, inclusive las dificultades en hacer respetar las convenciones internacionales firmadas por sus gobiernos, se puede afirmar que el problema del abuso sexual contra menores constituye uno de los principales problemas de salud pública, que amenaza a los futuros adultos de nuestras sociedades.

V.2.3. La baja efectividad de los medios probatorios

Cuando no se encuentran evidencias de abuso sexual en el menor a través de los medios probatorios explicados en la introducción de este trabajo, en la mayoría de los países, el indicio más relevante viene a ser el relato del menor. Esto significa que, cuando no se encuentren pruebas concretas o indicios significativos sobre el abuso sexual, se torna difícil probar o demostrar el delito y condenar al acusado, eventualmente culpado.

A partir de las consideraciones anteriores, se puede inferir que el falseamiento de las pruebas es más fácil que su verificación, lo que corresponde a la intuición “falsificacionista” popperiana, según la cual basta un contraejemplo para contradecir una teoría o una afirmación con pretensiones de validez universal (Popper, 1972). Esto implica que demostrar que el menor este diciendo la verdad sobre lo ocurrido es tarea más difícil que tener argumentos para sospechar de la veracidad de sus afirmaciones.

Por lo tanto, no teniendo pruebas contundentes para demostrar el delito, resulta también más fácil (o menos difícil) concluir que no existió el abuso sexual contra el menor. En conclusión, debido a esas dificultades estructurales en el establecimiento de pruebas, los esfuerzos de la lucha contra el abuso sexual en menores acaban en el vacío, y las dificultades de probar lleva a la persistencia de la impunidad y, talvez, al recrudecimiento del propio abuso sexual.

V.3. Análisis de la moralidad de la problemática.

Al analizar la moralidad del abuso sexual con menores, se debe, inicialmente, admitir dos premisas aceptadas por las sociedades seculares contemporáneas: **a)** de que el ejercicio de su sexualidad es no solamente un derecho sino también algo considerado, vía de regla, un importante componente de la calidad de vida del individuo en interacción con los otros; **b)** de que tal ejercicio es moralmente lícito solamente si se respeta la condición liberal de no perjudicar el libre ejercicio del mismo derecho por terceros, esto es, respetada la condición de que ambas partes consientan espontáneamente el acto.

Estas premisas se fundamentan en un principio moral mor, formulable como principio de consentimiento libre y espontáneo con relación a todo aquello que realiza un individuo sobre otro individuo. Los valores humanistas que legitiman este principio moral y jurídico son el derecho al ejercicio de la libertad individual y de la autonomía personal.

Por tanto, una relación sexual no es moralmente legítima cuando una o ambas partes carecen de la capacidad de consentir, libre y espontáneamente, el acto sexual, ampliamente entendido. Este es, vía de regla, el caso de menores de edad, es decir, cuando existen buenas razones para decir que existe coacción explícita (uso de la fuerza, amenazas o extorsión, bastante común en este tipo de abuso) o sospecha de inducción (por chantaje o engaño).

Reformulando esta intuición moral conforme a la ética kantiana se puede afirmar que, en este caso, es moralmente incorrecto tratar a las personas, y los sujetos que a principio están tornándose personas (como los futuros adultos representados por los menores), como simples medios para nuestros fines y no solamente como fin en sí, ya que esto los tornaría verdaderos “objetos”, desvirtuando así la relación yo-tú por la reducción a la relación yo-eso.

Sin embargo, así mismo, admitiendo que la relación sexual tenga siempre algún componente de objetivación del otro (lo que es un asunto a ser demostrado también con buenos argumentos) resta, de cualquier modo, el hecho de que esta objetivación debe ser, desde el punto de vista de su aceptabilidad moral, recíproca, lo que parece ser contra intuitivo cuando se piense en la relación asimétrica que existe entre adulto y menor, como tratamos de demostrar anteriormente.

Además, el problema se complica cuando se piense en el hecho antropológico de la presencia, prácticamente universal, en todas las culturas actuales del tabú del incesto, el que tiene el reconocido papel de controlar las formas de violencia social mediante el incentivo a los sistemas de alianza exogámica. De hecho, este tabú parece estar presente en la negación (o denegación de la familia, de la sociedad y del propio profesional) sobre la ocurrencia del abuso sexual intrafamiliar, talvez como forma de negar también una forma de violencia que puede poner en cuestión la legitimidad del grupo y de la propia sociedad, si ésta acepta la violencia como estructurante. La cuestión es muy compleja y, prácticamente, sin solución fuera de la recurrencia a lo “sagrado” o a alguna otra forma de trascendencia, de difícil implementación y aceptación consensual en nuestras sociedades seculares.

Sea como fuese, se puede argumentar que los profesionales que interactúan con menores, con el fin de protegerlos contra los abusos de miembros de su entorno inmediato, deberían tener conciencia de todos estos aspectos estructurales de difícil comprensión, sabiendo que el abuso sexual y el incesto, aunque negados (o talvez exactamente porque denegados) existen, pero disimulados y altamente problemáticos por los propios involucrados. En particular, tales profesionales deberían saber que su papel “semiológico” consiste en encontrar el sentido de las posibles causas de desórdenes en la conducta de los menores, de sus enfermedades psicosomáticas recurrentes, depresiones y hasta suicidios. Los que pueden muy bien ser originados por este tipo de abuso, el cual por no poder ser confesado no es menos patógeno y arrasador, como bien lo muestra toda la historia de la sicopatología humana, desde los mitos griegos hasta los consultorios y hospitales psiquiátricos de la modernidad.

Por esto, es moralmente correcto afirmar que los profesionales que se ocupan de abusos sexuales contra menores deben proteger al menor y, en la medida de lo posible, su entorno familiar, ya que se trata de un ser en construcción, aparentemente frágil y vulnerable, sujeto de un proceso de socialización que, poco a poco, lo tornará (en el caso de que no haya traumas serios) un individuo autónomo, capaz de consentir las presiones de los otros adultos ejerciendo, al mismo tiempo, sus derechos de ciudadano. Esto implica también, para el profesional, notificar a las autoridades competentes los casos de abuso, como forma de preservar el derecho del menor a su desarrollo, hasta poder él mismo decidir, libremente, qué tipo de sexualidad va a asumir.

Jueces, fiscales y autoridades que deben dar el veredicto sobre los eventuales abusos sexuales y tomar medidas concretas en pro del menor, la familia y el agresor, generalmente no recibe ningún tipo de formación específica sobre como manejar el abuso sexual contra menores, lo que permite que sus decisiones sean basadas, prevalentemente, en sus experiencias de vida de clase “media” o “alta”. Lo que impide, cuando esto ocurre, tomar decisiones adecuadas al caso y hasta negar la existencia del propio delito, por ser supuestamente improbable. (Pennington, 1995).

Estudios sobre acusaciones verdaderas y falsas de incesto revelan (Finkelhor, 1983) que las acusaciones falsas son raras, lo que en principio implica que los investigadores judiciales deberían concluir por la procedencia de las acusaciones. Entretanto, los jueces, en su gran mayoría, se ven obligados a absolver a los acusados por falta de pruebas. Esto tiene ciertamente un fundamento moralmente legítimo en el principio según el cual, hasta que se pruebe lo contrario, todo sospechoso es inocente. Pero existe también la consecuencia negativa de la impunidad, de que eventuales sospechosos sean favorecidos por la baja efectividad en la comprobación de los indicios. En resumen, la defensa de un derecho legítimo puede tener la consecuencia negativa de la impunidad del eventual agresor. Hasta hoy, esto constituye uno de los principales problemas morales (aún sin solución) debatidos por el Derecho.

De hecho, parece existir una resistencia organizada, y con suficientes recursos, para evitar que el abuso sexual contra menores cese. Por ejemplo, el fenómeno social conocido de forma genérica por el sobre nombre de “crimen organizado” protege la pornografía y la prostitución infantil, supuestamente en nombre de los derechos fundamentales del individuo y de una ampliación de los espacios de libertad contra el Estado paternalista y opresor. De esta forma, movimientos aparentemente libertarios como el *Backlash*, cuyo principal objetivo es el descrédito de los adultos víctimas de incesto en la infancia y de sus terapeutas, así como de las madres que intentan proteger a las víctimas actuales de abusos sexuales, pueden en principio asumir una respetabilidad moral y política en nombre de la defensa de las libertades individuales. De la misma manera, estrategias como aquellas de la revista "*Paidika: The Journal of Pedophilia*" o movimientos como la *Fundación Falsa Memoria* podrían aprovechar de las eventuales fisuras de la justicia para evitar un juzgamiento adecuado y hacer justicia a las víctimas.

Ahora, en un análisis imparcial de los hechos en nuestra sociedad, se debe mencionar que la sexualidad ha sido reconocida como objeto legítimo de diferentes grados de moralidad y de reglamentación social en las diferentes épocas históricas. Segundo Kottow (1995) “*solamente el tabú del incesto ha sido detectado como constante transcultural, y la cuasi universalidad de este tabú (i.e. de este “intocable”) ha sido considerada como testimonio fehaciente de que la sexualidad humana no es instintiva sino una apetencia susceptible de modulación racional*”.

En este contexto socio cultural, la ética médica es *a fortiori* la ética aplicada y la bioética de inspiración secular y laica, típicas de las sociedades democráticas pluralistas actuales, que no tienen la misión primaria de criticar y condenar la sexualidad considerada “atípica”, pero sí la de atender las necesidades de mejoría y cuidados en salud. Y esto, sin emitir juicios *a priori* sobre las formas asumidas por la “moralidad sexual” en las sociedades históricas, pero sí sobre la moralidad de los actos médicos frente a los eventuales problemas sanitarios que surjan de la actividad sexual, sea ésta normal o “anormal”. Entretanto, debido al hecho de que el ejercicio de las prácticas sanitarias hacen parte de los fenómenos y procesos sociales y culturales de una determinada sociedad, esto genera conflictos y, muchas veces, dilemas morales en el propio profesional de salud, como en lo que se refiere a la confidencialidad de las

informaciones obtenidas de los pacientes o usuarios, ya que un paciente puede informar a su terapeuta sobre eventuales relaciones incestuosas con menores y, por tanto, en principio ilícitas. Pero esto sólo se torna posible porque el acto terapéutico está en principio garantizado en su eficacia y efectividad debido a la garantía de la confidencialidad. En el caso de haber “ruptura” de ese contrato (como por ejemplo de cualquier contrato de “confianza” o de “confesión”: como el abogado, el sacerdote o el psicoanalista, etc.), puede ocurrir, en nuestro caso específico, la pérdida de contacto y de acompañamiento del menor y de su entorno familiar, lo que puede tener la consecuencia no esperada de un aumento del daño para el propio menor. Además, infringir el contrato de confidencialidad puede tener consecuencias más perjudiciales aún cuando no sea posible dar una respuesta, socialmente adecuada, es decir, efectiva, en el caso de que exista una intervención judicial para proteger la vulnerabilidad de los menores objeto del abuso. En efecto, en este caso, puede ocurrir que de la situación de incertidumbre, en la cual se encuentran médicos y jueces, resulte la continuación del abuso contra el menor, el cual muy probablemente no volverá para ser atendido ni por el médico, ni por el juez, ni por cualquier otro profesional “de turno”, debido a la real (o supuesta) baja efectividad en la solución de sus problemas.

Ahora, el respeto de la confidencialidad dependerá de los valores culturales y sociales vigentes en un preciso momento histórico y en una sociedad determinada. En particular (en el caso que aquí nos ocupa), dependerá de la eventual utilización política y administrativa frente a la problemática del abuso sexual intrafamiliar contra menores y de la efectividad de las acciones preventivas y los tratamientos terapéuticos adoptados. A este respecto, llama la atención el hecho de que algunos profesionales como los sacerdotes y los abogados pueden guardar el secreto profesional de una manera prácticamente irrestricta, contrario a lo que sucede con los profesionales de la salud, a pesar de que esto implique riesgos para terceros. Intereses sociales que tienen en principio una prioridad léxica sobre lo individual, o la propia trasgresión de la ley. En otros términos, el respeto de la confidencialidad dependerá de los valores y de las jerarquías de valores propios de una situación específica, la cual, sin embargo, estará inscrita, de alguna manera en una tradición (inclusive, eventualmente, en la tradición de “no tener tradición” como es el caso de muchas tradiciones de vanguardia o “revolucionarias”). Por esto, a pesar de la intencionalidad programática de ruptura, deberán ser considerados convenientemente los vínculos entre tradición e innovación, ya que formas bruscas de comportamiento podrán tener una efectividad baja o hasta nula en la prevención y tratamiento de las consecuencias del abuso sexual contra menores.

Finalmente, un aspecto importante a ser analizado es el concepto moral y político de justicia que, para ser efectivo, debe poseer, de acuerdo a las sugerencias de John Rawls, las siguientes características: proveer un orden social que contemple simultáneamente los intereses legítimos de todos; las posibilidades de ventajas y privilegios relativos que no sean inmutables; y la existencia de desigualdades relativas que sean a favor de los menos favorecidos por las condiciones iniciales (conocido como “principio de equidad” o *fairness*), esto es, que impidan el establecimiento de desigualdades aún mayores, inclusive entre eventuales “abusadores” y “abusados”.

Entretanto, todas esas ponderaciones pueden parecer también de poca efectividad en la solución del conflicto moral acerca de la moralidad del abuso sexual en menores, especialmente cuando se considera el hecho de que casi siempre los probables agresores son considerados inocentes por falta de pruebas. (Gomes, 1998).

V.4. Conclusión

Desde el punto de vista ético, considerado como un análisis racional e imparcial de los argumentos en casos de conflictos, o de “segundo orden” (con relación a los productos de “primer orden”) constituidos por los valores producidos por la reglamentación de las interrelaciones sociales y que tiene la función de promover valores comunes a los miembros de la sociedad, (Singer, 1993), el abuso sexual en menores, sin su consentimiento libre y esclarecido (lo que de hecho transforma una relación en un “abuso” efectivo), contraría los propios principios de la vida social “bien ordenada” que, de acuerdo con las enseñanzas de la propia filosofía política (de Aristóteles hasta Rawls), es necesaria para una convivencia civilizada entre humanos, inclusive entre adultos y menores de la misma especie.

Sin embargo, en la casuística actual sobre el abuso sexual intrafamiliar contra menores, existe una marcada tendencia en evitar el análisis, desde la ética del problema, que permita buscar las causas y las eventuales razones conexas de este problema, y que permita encontrar, si es necesario y (en la medida de lo posible) sin prejuicios, las modalidades para prevenir y superar los eventuales efectos dañinos del abuso sexual contra menores, sin que esto ocasione consecuencias negativas adicionales.

La tarea es evidentemente de difícil solución, pero es razonable afirmar que una inversión de la tendencia, consistente en el recalque de los hechos (por varios motivos comprensibles), sólo parece aumentar más las probabilidades de daños a todos los involucrados.

Los valores son construcciones simbólicas e imaginarias consideradas válidas al interior de una comunidad, o sociedad, que comparte una determinada cosmovisión (*Weltanschauung*) y que tiene el objetivo de reglamentar sus conflictos en pro de una vida social como mínimo “bien ordenada”. En el caso del abuso sexual intrafamiliar contra menores, del cual tratamos de identificar las implicaciones sanitarias, jurídicas y morales, se puede decir que tales valores, cuando son utilizados para legitimar la práctica del “abuso”, son de hecho parciales y paradójicos, ya que se aplican incoherentemente a los actores involucrados, pretendiendo legitimar de hecho (poco importa aquí si es de forma consciente o inconsciente) una condición de iniquidad de las condiciones iniciales del eventual contrato del “deseo recíproco”.

Ahora, es posible que el deseo sea siempre algo más allá de la moral, como parece sugerir una cierta vulgata psicoanalítica (lo que puede eventualmente corresponder a la realidad de los meandros del deseo), pero esto no impide que la “ética del deseo” pueda ser cuestionada por la ética *tout court*, que fue el objeto de este trabajo.

Desde este punto de vista, y teniendo en cuenta las directrices del principismo biomédico, (Beauchamp & Childress, 1994), para muchos autores, los así llamados principios canónicos de la moralidad occidental (autonomía, justicia, no-maleficencia y beneficencia), aunque probablemente insuficientes para dar respuesta a la complejidad de los conflictos de deseos, intereses y valores de las sociedades seculares y pluralistas contemporáneas, y en particular para dar cuenta de las acciones en salud pública (Scharmm & Kottow, 2001), parecen corresponder a los anhelos de éstas en reglamentar sus conflictos. En efecto, en el caso específico de la moralidad del abuso sexual intrafamiliar contra menores, la referencia a los principios hipocráticos de no-maleficencia y de beneficencia nos permite decir que el abuso sexual contra menores no consentido va en contra de estos principios. Además de ello, debido a la estructura de poder que organiza la relación entre adulto y menor, es razonable afirmar que la relación carece de justicia. Por otro lado, la asimetría constitutiva de la relación entre un adulto y el menor hace que sea moralmente ilegítimo invocar el derecho a la autonomía, y a su corolario, en lo que respecta al consentimiento libre y esclarecido, para establecer

la moralidad del abuso sexual contra el menor (y, añadiríamos, contra cualquier persona sin su consentimiento).

Por consiguiente, a pesar de las supuestas buenas intenciones contra el paternalismo y la opresión, usados como argumentos reflexivos (racionalmente necesarios) contra la protección del menor, se puede concluir que ésta, a pesar de sus eventuales limitaciones antropológicas, sociológicas y culturales, constituye aún un medio moral legítimo de evitar los abusos.

En particular, el principio de autonomía aplicado al abuso sexual intrafamiliar contra menores muestra claramente que, a pesar que los menores no tienen en principio la competencia “autónoma” para decidir si aceptan este tipo de práctica del adulto con / contra ellos, este tipo de abuso altera de cualquier forma la vivencia de la sexualidad humana, sobre todo en menores (OMS, 1975), si entendemos a ésta como una integración entre las dimensiones somáticas, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano y a través de herramientas conceptuales que favorezcan la construcción de la personalidad, la comunicación, la justicia y la solidaridad entre humanos.

El cuarto principio del modelo principista (y que corresponde desde Aristóteles a la virtud mor de la política) es evidentemente, aún más controvertido, cuando se invoca a la justicia para justificar el abuso contra el menor. En este caso, su utilización es de hecho contra intuitiva, no solamente porque a él se refiere tanto el anhelo de la igualdad y de la equidad, si no también porque el abordaje del abuso sexual intrafamiliar contra menores, desde este punto de vista, tiene casi siempre la consecuencia indeseable de resultados pobres en términos de prevención y, sobre todo, debido al alto índice estadístico de impunidad de los eventuales agresores.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como finalidad identificar la dinámica del abuso sexual intrafamiliar en menores, analizando la problemática de su manejo y manteniendo una interacción permanente con los expertos involucrados en la atención, prevención y protección. Por ser un objetivo tan amplio y ambicioso, seguramente manejamos algunos aspectos con superficialidad y olvidamos algunos otros, también importantes dentro de esta problemática. Quisimos, durante todo su análisis, hacer énfasis en los aspectos que, por experiencia del autor, inciden bastante en el éxito o en el fracaso del resultado, aspectos que fueron compartidos con los profesionales entrevistados de las instituciones responsables por el manejo del abuso sexual en menores. La retroalimentación de estas personas entrevistadas, nos permitió ampliar nuestro punto de vista procurando en la praxis las respuestas a estas inquietudes.

El primer aspecto como eje central de la investigación a ser analizado es la violencia, en cualquiera de sus diferentes manifestaciones; la cual es el principal problema de la salud pública en Colombia, por ello, es necesario, además de identificar sus probables causas, plantear posibles soluciones. En ellas se debe procurar eficacia y efectividad, es decir, que puedan ser aplicables a una realidad social identificada. Lo ideal sería manejar la prevención, que tiene mucho más potencial que la aprehensión, el encarcelamiento o la rehabilitación. Se deben diseñar estrategias dirigidas a poblaciones específicas con base en los factores de riesgo o protectores identificados. Debemos ser conscientes de que, dada la multicausalidad de la violencia, no existe una solución única o mágica para toda esta problemática y, por ello, los esfuerzos de intervención deben ser multidimensionales.

Se ha heredado la cultura patriarcal de nuestra miscegenación racial, permitiendo el machismo, la fuerza, la resolución de los conflictos a través de la violencia, ya sea física, psicológica o sexual, afectando a los más débiles: los niños, las mujeres y los ancianos. Estos patrones socioculturales persisten hoy día, tanto en nuestra cultura rural como en la urbana, trascendiendo a la familia e instituciones y creando procesos sociales que dificultan aún más su identificación e interpretación para plantear alternativas de solución.

La violencia intrafamiliar en Colombia tiene una alta prevalencia y especialmente el abuso sexual en menores, en donde sus características son similares a las descritas en la literatura, permitiendo compartir mejor las experiencias. El identificar de una manera más profunda el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, permitirá a los diferentes equipos de atención de las instituciones orientar la planificación con acciones más específicas, dirigidas a las necesidades de cada servicio.

Podemos decir que la atención que el Estado brinda a estas familias en conflicto se caracteriza por la falta de racionalidad y funcionalidad. No hay una atención al grupo familiar como tal, sino un servicio sectorizado por problemas y por población sin coordinación ni concertación interna ni externa. Se debe organizar un mecanismo de coordinación interdisciplinario que asegure el desarrollo ordenado y coherente de las estrategias de atención, seguimiento, evaluación de resultados y que facilite la comunicación interinstitucional.

En nivel familiar, identificar los factores de riesgo, nos permite la posibilidad de intervenir y modificar estos factores, para ello, es necesario pensar en intervenciones tempranas, dirigidas a la población infantil y a sus familias.

Con respecto a la clase social observada el abuso sexual intrafamiliar aparece en todas las clases sociales y está más relacionado con familias disfuncionales, es decir en donde no se observa la unidad familiar; siendo los agresores en su orden el papá, el padrastro,

el abuelo, tíos y familiares cercanos. Entre éstos, un agresor de alto riesgo es el padrastro, si se realiza un ajuste estadístico de tasas, tomando en cuenta el porcentaje de padres y padrastros. Factores asociados son también encontrados con frecuencia, el factor económico, el alcoholismo y el bajo nivel de instrucción de los padres.

Por las características específicas del abuso sexual intrafamiliar, la denuncia es un paso definitivo dentro de su posible solución, sin embargo, ésta se ve limitada por varios factores tales como la falta de credibilidad en las instituciones, el que no se conozcan los beneficios que este acto pueda representar, el temor a que le quiten el menor, etc. Asociado a esto, hay una falta de capacitación a las personas de las instituciones que reciben la denuncia. Se deben intervenir las instituciones por medio de campañas educativas, de divulgación, de consideración hacia las familias que deciden denunciar, dirigidas a la solución de problemas y, sobre todo, a no generar el maltrato institucional adicional.

Una de las dificultades encontradas, fue la entrevista a los menores por parte de las instituciones encargadas de su atención y tratamiento. Todos los profesionales entrevistados concordaron en que debería limitarse el número de entrevistas al que es sometido el menor. Se debe articular un procedimiento confiable que permita evaluar con una única declaración en qué medida el relato del niño es real o ficticio. En el Derecho Comparado, las legislaciones más modernas regulan de forma específica cómo ha de desarrollarse el interrogatorio de menores, en un ambiente que le ofrezca confianza. Ello reduciría el número de interrogatorios haciendo que fuera un único experto o especialista quien lo llevara a cabo. Sería muy deseable que un equipo de psicólogos estuviera presente en la declaración. El testimonio así obtenido estaría libre de suspicacias y sería considerado como definitivo. Existen experiencias en este sentido en varios países como Estado Unidos, Bélgica y otros del norte de Europa. Se considera interesante la experiencia de otros países que recurren a la figura de un “interrogador juvenil” (trabajadores sociales con formación especializada) encargado de recibir la declaración del menor y de acompañarle cuando comparezca ante los tribunales.

Las instituciones encargadas de manejar el abuso sexual, en la mayoría de los casos generan el llamado Maltrato Institucional en el cual, según Martínez (1997), se incluyen actos de comisión o de omisión, condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, que violan los objetivos del cuidado institucional del menor con amenazas para su correcto desarrollo. Factores como la escasez de personal, la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo psicológico que permitan enfrentar diariamente estos casos, inciden de una manera importante en el resultado de su manejo. Otro componente del problema lo constituye la formación académica del personal de salud y de las ciencias sociales presentando grandes vacíos de conocimiento y de metodologías para su intervención, así como también en el abordaje de la familia, por tanto, es fundamental la participación de instituciones formadoras de recursos humanos, para mejorar su capacitación, lo que garantizará un desenvolvimiento más ágil y eficiente del abordaje de esta problemática.

Abordar el manejo de la violencia y dentro de ella el abuso sexual a menores, requiere de un entrenamiento y capacitación adecuado y continuo de todas las personas involucradas en este proceso.

Se hace necesario el desarrollo de cursos de formación y campañas de sensibilización dirigidos a jueces, abogados, fiscales y a todos los profesionales que intervienen en los casos de delitos sexuales para que se sientan vinculados por el interés superior del menor y que, basándose en este principio, se esfuercen por tener presente que el niño o niña que están viendo, al que están interrogando, es una víctima que acude al Derecho

Penal en busca de un resarcimiento, pero que, ante todo, es un niño con necesidades y derechos que deben ser protegidos.

Un gran avance en Santa Fe de Bogotá, para el manejo de los delitos sexuales ha sido la conformación del Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales, lo que permite tener un contacto directo entre las diferentes instituciones, para efectos de coordinación de la investigación; esto significa, más agilidad en el proceso. Allí se coordina, en un sólo edificio, toda esa actividad; eso es muy ventajoso, porque se gana tiempo y agilidad en las investigaciones y, también, los diferentes profesionales e instituciones están más al corriente de la investigación. Una desventaja desde el punto de vista operacional, fue el aumento de la recepción de denuncias, lo que resultó en un aumento excesivo del trabajo por el exceso de procesos y el aumento en la atención al público. Considerando que no hay suficiente personal para ofrecer una atención ideal, las personas tienen que esperar un poco más para su atención y el proceso judicial termina siendo más demorado. Se creó un Centro sin una visión de su crecimiento posterior.

La prevención, detección, atención y seguimiento del abuso sexual en menores en Colombia, requiere de un mayor desarrollo de los programas de salud, de protección y judiciales, de la coordinación con otras instituciones encargadas en nivel preventivo y ejecutivo, de la aplicación de las leyes referentes a la violencia intrafamiliar y el abuso sexual. Requiere, especialmente, disponer de un análisis global que permita, a las diferentes instituciones, conocer en forma precisa y asumir sus responsabilidades y competencias en la atención intersectorial del problema.

Las pruebas, evidencias o la comisión del hecho delictivo, en el caso del abuso sexual intrafamiliar, es otra de las grandes dificultades en el manejo de esta problemática, pues son difíciles de demostrar debido a las características específicas en este tipo de delito. Por ejemplo, el daño físico que se espera encontrar después de una relación sexual con un menor generalmente no se observa debido a que, cuando el menor decide contar, ha transcurrido mucho tiempo y los tejidos en nivel vaginal o anal se recuperan fácilmente. Las evidencias como análisis de las ropas o de muestras biológicas (sangre, semen, cabello, saliva, etc.) en búsqueda de espermatozoides, análisis físicoquímicos o las pruebas Forenses de DNA, pueden ser utilizadas si hay semen, sangre u otros tejidos humanos para practicarlas, sin embargo, la existencia de estas evidencias es rara, debido al tiempo transcurrido entre la ocurrencia de los hechos, la denuncia y el examen médico a las víctimas y/o agresores. El valor que está dando la ley a la prueba testimonial o relato del menor es importante; aunque esto puede ser contraproducente si no es realizado por personal experto en la temática y en el manejo de menores.

Podemos decir que la legislación colombiana sobre los delitos sexuales, desde el punto de vista del Derecho Sustantivo, es adecuada; sólo que el modelo procesal tiene muchas falencias, tales como los niveles de congestión, los bajos resultados de gestión, la duración promedio de los procesos y, sobre todo, la escasa credibilidad, lo que genera impunidad. Es preciso revisar la penalidad para los delitos sexuales, que el Estado provea los recursos necesarios para aplicar la ley y que las familias tomen conciencia de su responsabilidad en la educación y formación de valores y principios respetando la ley y el orden.

Nuestro sistema carcelario desdichadamente, no cumple su función de resocialización y protección. Por ello, deben diseñarse programas específicos para este tipo de delitos, que igualmente involucren a las familias de tales abusadores sexuales. Además, se debe contar con instalaciones adecuadas y un número suficiente de profesionales para atender la demanda que tienen estos centros penitenciarios.

Desde el punto de vista ético, podemos afirmar que el abuso sexual contraría los propios principios de la vida social bien ordenada. Un aspecto a resaltar es que algunos profesionales y miembros de la sociedad, como los abogados y sacerdotes pueden guardar el secreto profesional de una manera prácticamente irrestricta, contrario a lo que sucede con los profesionales de la salud, a pesar de que esto implique riesgos para terceros. El contrato de confidencialidad puede tener consecuencias más perjudiciales aún cuando no sea posible dar una respuesta socialmente adecuada, esto es, efectiva, en el caso que exista una intervención judicial para proteger la vulnerabilidad de los menores, objetos del abuso.

Finalmente, esperamos que este trabajo contribuya de alguna manera en el manejo profesional del abuso sexual intrafamiliar de niños, niñas y adolescentes, los que requieren nuestra ayuda y comprensión.

BIBLIOGRAFÍA

- AAP (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS), 1999. Guidelines for the evaluations of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 103 (1):186-191.
- AAP (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS), 2000. Sexual victimization and STDs. In: *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases* (L. K. Pickering ed), pp.143-147, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- ABRAPIA (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA), 1997. *Abuso sexual - Mitos e Realidade*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados.
- ADAMS, J. A. & KNUDSONS, P., 1996. Genital Finding in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 150(8):850-7.
- AIKEN, W. & PURDY, L. M., 1998. Children's rights. *Encyclopedia of Applied Ethics*, Vol.1: , San Diego, California: Academic Press.
- ALONSO, J. M., 2000. Definiciones y características de los malos tratos infantiles. Barcelona. Noviembre, 2002 <www.heures.ub.es/curso.ref?800559>
- ÁLVAREZ, M., 1990. *Características y modalidades de maltrato infantil bogotano. Periodo 1978-1988*. Bogotá: Departamento de Antropología, Universidad de los Andes.
- AMMERMAN, R. T., 1990. Etiological models of child maltreatment. *A behavioral Perspective. Behavior Modification*. 14:230-254.
- ANIYAR, C. L., 1982. *La realidad contra los mitos*. Maracaibo: Universidad de Zulia.
- ARDILA, C. G., 1996. *La cosecha de la ira*. Santa Fe de Bogotá: Arcan Editores Ltda.
- ARENDDT, H., 1969. *On Violence*. Florida: A Harvest/HBJ Book.
- BARDIN, L., 1977. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BAR-ON, M E. & ZANGA, J. R., 1996. Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics*, 98:429-433.
- BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F., 1994. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- BECK-SAGUE, C., & SOLOMON, F., 1999. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape. Review of select literature. *Clinical Infectious Disease*, 28(supl 1):74-83
- BEJARANO, J. A., 1996. Inseguridad y violencia: sus efectos económicos sobre el sector agropecuario. *Revista Nacional de Agricultura*, N° 914-915:138-153.
- BERKOWITZ, C. D., 1995. Pediatric abuse: new patterns of injury. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 13(2):321-341.
- BERKOWITZ, C. D.; BROSS, D. C.; CHADWICK, D. L. & WHITWORTH, J. M., 1994. Diagnóstico e tratamento do Abuso Sexual em crianças segundo a Associação Médica Americana. *Journal of American Medical Association*, 2(3):224-232
- BOTASH, A. S., 1997. Examination for sexual abuse in prepubertal children. *Pediatric Annals*, 26(5):312-320.
- CAMPOS, V. F., 1999. *TQC: Controle da Qualidade Total*. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial.
- CANTÓN, J. & CORTÉS, A. M. R., 2000. *Guía para la evaluación del Abuso Sexual Infantil*. Madrid: Ed. Pirámide.
- CARLEY, M., 1992. *Indicadores Sociais: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- CEJ (CORPORACIÓN EXCELENCIA EN LA JUSTICIA), 2000. *Ética, régimen disciplinario y control social de los jueces*. Santa Fe de Bogotá: Editorial Legis.
- CESV (COMISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE LA VIOLENCIA), 1987. *Violencia y democracia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- CHAPARRO, M. S., 1994. *Violencia en la familia: mi familia ausente desde siempre al igual que la muerte*. Santa Fe de Bogotá: Departamento de Antropología, Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- CHIZZOTTI, A., 1998. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez.
- CIDH (COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS), 1999. Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Colombia. Washington: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- CRNV (CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA), 2000. *Forensis: Datos para la vida*. Santa Fe de Bogotá: Departamento de Estadística / INMLCF (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).
- CRNV (CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA), 2001. *Forensis: Datos para la vida*. Santa Fe de Bogotá: Departamento de Estadística / INMLCF (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).
- CRUZ NETO, O., 1994. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (María Cecilia Minayo, org.), pp. 51-66. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- CRUZ NETO, C. O. & MOREIRA, R. M., 1999. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 4(1): 33-52.
- CTI (CUERPO TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN DE LA FISCALÍA), 2000. *Consolidado primer año de gestión*. Mimeo. Santa Fe de Bogotá: Fiscalía General de la Nación, Ministerio de Justicia.
- CUERVO, L. E., 1999. Bases de un procedimiento penal moderno. In: *Garantismo, eficiencia y reforma procesal penal en Colombia* (A. F. Hernández & J. E. Granados, ed.), pp. 152-172. Santa Fe de Bogota, Tercer Mundo Editores.
- DANE (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA), 1993. *Las estadísticas sociales en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: Planeación Nacional.
- DATTEL, B. J., & LANDERS, D. V., 1988. Isolation of Chlamidya trachomatis from sexually abused female adolescents. *Obstetrics Gynecology*, 72:240.
- DE SAN LORENZO, C., 1995. Making pediatric assesment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. *Archives of disease in childhood*, 73:174-176.
- DEFENSORIA DEL PUEBLO, 1994. *Guía para el diligenciamiento del formulario único nacional de notificación obligatoria FUN-NO.* Santa Fe de Bogotá. Defensoria del Pueblo.
- DEFENSORIA DEL PUEBLO, 1998. Estado de los derechos de la Infancia Colombiana 1998. La niñez y sus derechos. *Boletín Defensoria del Pueblo N° 4 Junio*. Santa Fe de Bogotá.
- DEFENSORIA DEL PUEBLO, 2002. *Alarmante informe de Defensoría del Pueblo y UNICEF sobre niños reclutados para la guerra*. El Tiempo, 5 de Diciembre de 2002. Enero de 2003. <<http://eltiempo.terra.com.co/coar/noticias/articulo>>
- DEMAUSE, L., 1974. *The History of Childhood*. New York: Ed. Psychotherapy Press.
- DEMO, P., 1985. *Introducción a la metodología de la ciencia*. São Paulo: Editora Atlas.
- ECHEVERRY, L., 1995. *Tendencias o rupturas de la familia colombiana*. Medellín: Conferencia Familia siglo XX.
- FACCHINI, V. C., 1990. Pobreza e Saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil?. In: *Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Resumos*, pp.302-315. Campinas, São Paulo: Cortez Editora.
- FALLER, K., 1990. *Comprendiendo el abuso sexual de menores*. New York: Publicaciones Sage.
- FANON, F., 1961. *The Wretched of the Earth*. New York: Grove Press.
- FANON, F., 1965. *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.

- FINKELHOR, D., 1983. *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press. pp.69-86.
- FINKELHOR, D., 1994. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18(5):409-417.
- FINKELHOR, D.; HOTALING, G.; LEWIS, I. A. & SMITH, C., 1990. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14(1):19-28.
- FLORENZANO, R., 1995. Frecuencia de maltrato infantil y sexual en escolares de Santiago de Chile: antecedentes familiares y consecuencias. *Revista de Psiquiatría*, 12(2):60-6.
- FORWARD, S. & BUCK, C., 1989. *A traição da inocência – o incesto e sua devastação*. Rio de Janeiro: Rocco.
- FRANCO, A. S., 1998. *Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Tesis de Doctorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- FRANCO, A. S., 1999. *El Quinto: No matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: TM Editores.
- FURNISS, T., 1993. *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GALVIS, L. & PULIDO, L., 1998. Gestión institucional en la protección integral de la familia: Estudio exploratorio en Bogotá. *Publicaciones Serie: Criterios de Justicia* 2(11). Santa Fe de Bogotá: Corporación Excelencia en la Justicia.
- GAUDERER, E. C., & MORGADO, K., 1992. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 68(7/8):243-247.
- GIRALDO, C. A., 1992. *Medicina forense*. Medellín: Señal Editora.
- GOMES, R., 1993. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade* (María Cecilia Minayo, org.), pp. 67-80. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- GOMES, R., 1998. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2):301-311.
- GORDON, L., 1994. Heros of their own live. The history of family violence. In: *Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto* (Renato Zamora Flores & Renato Maiatto Caminha) Revista Psiquiátrica. RS, 16(2): 158-167.
- GORDON, S. & JAUDES, P.K., 1996. Sexual abuse evaluations in the emergency departament: is the history reliable?. *Child Abuse and Neglect*, 20(4):315-322.
- GRANADOS, J. E., 1999. La propuesta de un Nuevo Código de Procedimiento Penal. In: *Garantismo, eficiencia y reforma procesal penal en Colombia* (A. F. Hernández & J. E. Granados, ed.), pp. 11-15. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- GUIDDENS, A., 1991. *Estratificación y estructura de clase*. Barcelona: Alianza Editorial.
- GUTIÉRREZ, P. V., 1997. *La familia en Colombia: trasfondo histórico*. Medellín: Universidad de Antioquia y Ministerio de Cultura.
- HEGER, A. H., 1996. Twenty years in the evaluation of the sexually abused child: has medicine helped or hurt the child and the family?. *Child Abuse and Neglect*, 20(10): 893-897.
- JIMENO, M., & ROLDAN, I., 1996. *Las sombras arbitrarias: violencia y autoridad en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional.
- JUNQUEIRA, M. F., 1998. *Do complô do silêncio à estigmatização do discurso: reflexões acerca do abuso sexual da criança e a pratica clinica*. Dissertação do Mestrado, Rio de Janeiro: PUC.

- KAM-FONG, M. C., 1997. Investigaciones de abuso sexual en niños: entrevistas para grabaciones en video. *Child Abuse and Neglect*, 21(3):273-284.
- KEMPE, CH., 1978. The Sexual abuse: another hidden pediatric problem. *Pediatrics*, 62:182-188.
- KINI, N., & LAZORITZ, S., 1998. Evaluation for possible physical or sexual abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 45(1):205-219.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B. & MARTÍN C. E., 1948. *Sexual Behaviour in the Human Female*. Philadelphia: WB Saunders.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B. & MARTÍN C. E., 1953. *Sexual Behaviour in the Human Female*. Philadelphia: WB Saunders.
- KOTTOW, M. H., 1995. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- LA FAMILIA CRISTIANA, 1920. *Boletín Cultural Bibliográfico* N° 37. Mayo de 2001 <www.banrep.gov.co/blaavirtual/boleti1/bol37/rese3.htm>
- LEVENTHAL, J. M., 1988. Ha habido cambios en la epidemiología del abuso sexual en menores durante el siglo XX?. *American Academy of Pediatrics*, 82: 766-773.
- LOPEZ, F., 1994. *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MARIN, A. J., & RUSSO, N. F., 1999. Feminist Perspectives on Male Violence Against Women. In: *What Causes Men's Violence Against Women?* (Michèle Harway & James O'Neil), pp. 18-35. Londres: SAGE.
- MARTINEZ, L., 1997. "Estadísticas Santa Fe de Bogotá". Santa Fe de Bogotá: Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Alcaldía Mayor Santa Fe de Bogotá.
- MARTÍNEZ R. A., 1997. Maltrato Institucional. In: *Niños maltratados* (Casado Flores), pp. 257-262. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- McCANN, J.; BORIS, J.; SIMON, M. & WELLS, R., 1988. *Hallazgos peri-anales en niños pre-púberes que no han sido víctimas de abuso sexual: estudio descriptivo*. California: Office of Child Abuse Prevention, OCAP, Sacramento.
- MEJIA, S. C., 1997. *Investigación sobre el maltrato infantil en Colombia. 1985-1996. El estado del arte*. Santa Fe de Bogotá: ICBF-FES.
- MENICK, D. M., 1998. Abus sexuels chez l'enfant au Cameroun. / Sexual abuse in children in Cameroon. *France Medicine Tropical*, 58(3):249-52.
- MINAYO, M. C. & CRUZ NETO, O., 1999. Triangulación de métodos en evaluación de programas y servicios de salud. In: *Salud, Cambio y Políticas: perspectiva desde América Latina* (Mario M. Bronfman y R. Castro, orgs.), pp.65-88. México: Edamex.
- MINAYO, M. C. & SOUZA E. R., 1999. É possível prevenir a violência?. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 4(1): 7-23.
- MINAYO, M. C., 1992. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- MINISTERIO DE SALUD, 1999. *Lineamientos para la atención psicosocial de la población desplazada por la violencia en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud.
- MITCHEL, D.; GRINDEL, C. G. & LAURENZANO, C., 1996. Sexual Abuse assessment on admission by Nursing Staff in General Hospital Psychiatric Settings. *Psychiatric Services*, 47(2):159-164.
- MONTAÑES, L., 1996. *Castigo físico y maltrato infantil*. Santa Fe de Bogotá: Departamento de Antropología, Universidad Nacional.
- MORA, R., 1980. *Actualización del dictamen médico forense*. Revista Instituto de Medicina Legal, Vol. 1 y 2. Bogotá: Artes Gráficas Medicina Legal.

- MYERS, J., 1987. *Evidence in Child Abuse and Neglect Cases*. New York: Wiley law.
- NAVARRO-VALLS, R., 2001. Violencia sexual y cultura. *El Mundo*, 23 de Marzo de 2001. Septiembre de 2002 <www.interrogantes.org/articulos/rnavalls/010323.htm#0>
- NEWBERGER, E. H., 1990. Pediatric interview assessment of child abuse: challenges and opportunities. *Pediatric Clinics of America*, 37(4):943-954.
- OBALECK, S.; JABLONSKA, S.; FAVRE, M.; WALCZAK, L. & ORTH, G., 1990. Condilomata acuminata in children: frequent association with human papilloma viruses responsible for cutaneous warts. *Jornal American of Academic the Dermatology*, 23:205-203.
- OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD), 1975. *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud*. Informes Técnicos N° 572. Ginebra: OMS.
- ONOSTRE, G. R. D. & SANDOVAL, M. O., 1994. Síndrome del niño maltratado: revisión de 47 casos. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 33(1):13-9.
- ONOSTRE, R., 2000. Abuso sexual en niños y niñas: consideraciones clínicas. *Jornal de Pediatría*, 76(4):33-38.
- ORTIZ, J. V., 1935. *Estudios médico-legales, psiquiátricos y criminológicos*. Medellín: Imprenta Nacional.
- PALUSCI, V. J.; COX, E. O.; CYRUS, T. A.; HEARTWELL, S. W.; VANDERVORT, F. E. & POTT, E. S., 1999. Medical assessment and legal outcome in child abuse. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153(abril): 388-392
- PARADISE, J. E., 1990. The medical evaluation of the sexually abused child. *The Pediatric Clinis of North America*, 37(4):839-862.
- PÉCAUT, D., 1987. *Orden y violencia: Colombia 1930-1954*. Bogotá: CREC-Siglo XXI.
- PELLEGRINI, A., 1999. La violencia y la salud pública. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 5(4/5):13-17.
- PENNINGTON, H. J., 1995. *Las políticas sobre Incesto*. Nueva York: Centro Nacional para Padres Protectores de Incesto.
- PERALES, F. P., 1994. Maltrato físico y abuso sexual: sus consecuencias psicopatológicas. *Revista Psiquiatía Clínica*, 31(1):45-56.
- PÉREZ, C. M., 1996. *Sexo a la Fuerza*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- POPPER, K. R., 1972. *Conjecturas e Refutações*. Brasilia: Ed. UnB.
- RAWLS, J., 1990. *Sobre las libertades*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Edición Paidós.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 1992. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Ediciones Larousse.
- REALMUTO, G. M.; JENSEN, J. B. & WESCOE, S., 1990. Specificity and sensitivity of sexually anatomically correct dolls in substantiating abuse: a pilot study. *Jornal American of Academic the Adolescent in Psychiatry*, 29(5):734-746.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1991. *Nueva Constitución Política de Colombia*. Santa Fe de Bogotá: Senado de la Republica de Colombia.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, 2000. *Código del Menor: Derechos del Niño*. Santa Fe de Bogotá: Senado de la Republica de Colombia.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, 2000. *Nuevo Código de Procedimiento Penal*. Santa Fe de Bogotá: Senado de la Republica de Colombia.

- REYES, C. C., 1994. Al traspasar los muros de la casa: aspectos de la vida femenina en Medellín 1900-1930. *Boletín Cultural Bibliográfico* N° 37. Mayo de 2001 <www.banrep.gov.co/blaavirtual/boleti1/bol37/rese3.html>
- ROSENBERG, M. L. & MERCY, J., 1991. Assaultive violence. In: *Violence in America, a public health approach* (M. Rosenberg & M. A. Fenley, eds.), pp.14-50. New York, Oxford: Oxford University Press.
- RUSSELL, D, E, H., 1983. The Incidence and prevalence of intrafamiliar and extrafamiliar sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7:133-146.
- SALAZAR, A., 1994. *No nacimos pa' semilla*. Santa Fe de Bogotá: CINEP.
- SÁNCHEZ, F. L., 1997. Abuso sexual: un problema desconocido. In: *Niños maltratados*. (J.C. Flores; J. D. Huertas & C. M. González. org.), pp. 161-167, Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- SANCHEZ, M. D. & REMOLINA, N., 1990. *Manual de lesiones personales*. Colección Manuales de Medicina Forense. Santa Fe de Bogotá: Artes gráficas Medicina Legal.
- SÁNCHEZ, M. D., 1998. *Diseño, ejecución y evaluación de la instrucción forense*. Santa Fe de Bogotá: INMLCF, Artes gráficas Medicina Legal.
- SARLES, R. M., 1975. Incest. In: *The medical evaluation of the sexually abused child*. (Paradise, J. E.), 1990. *The Pediatric Clinis of North America*, 37(4):839-862.
- SARTRE, J. P., 1961. Prefacio. In: *The Wretched of the Eart* (F. Fanon), pp. 3-20. New York: Grove Press.
- SAVE THE CHILDREN, 2001. *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. (P. H. Goicochea, org.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- SCHRAMM, F. R. & KOTTOW, M., 2001. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Publica*, 17(4):949-956.
- SINGER, P., 1993. *Ética Prática*. São Paulo: Martins Fontes.
- SOARES, B. M., 1997. Formas de violência doméstica. *Folha de São Paulo*, São Paulo, , Caderno Mais!.
- SOCOLAR, R. R. S., 1996. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 20(8):783-790.
- TSUN-YIN, E., 1998. Sexual abuse trauma among Chinese survivors. *Child Abuse and Neglect*; 22(10):1013-26.
- VERMUND, S. H., & RODRÍGUEZ, A., 1990. History of sexual abuse in incarcerated adolescents with gonorrhea or syphilis. *Jornal Adolescent Healt Care*, 11:449 y 12:214.
- VILA, P. P., 1998. *El maltrato infantil y la cultura*. Santa Fe de Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social.
- WILLIAMS, J. J., 1994. The cycle of abuse. In: *Recognition of child abuse for the mandated reporter* (J. A., Monteleone, org), pp. 113-126. St. Louis: G.W. Medical Publishing Inc.
- YEPES, D., 1997. *Pobreza y maltrato infantil en el contexto de la alineación de las necesidades humanas. El caso de Bogotá..* Santa Fe de Bogotá: Consejería presidencial para la política Social. Presidencia de la República.
- ZAVASCHI, M. L.; QUINALHA, A. F.; ENK, I.; TELELBOM, M. & DEFAVERY, R., 1991. Abuso sexual em crianças: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, 67(3/4):130-136.

ANEXOS

ANEXO N° 1**GUÍA PARA ENTREVISTAS A PROFESIONALES**

- ¿Cuál es la dinámica del abuso sexual en la familia?
- ¿Cuáles factores considera que son de riesgo y cuáles son protectores en el abuso sexual intrafamiliar?
- ¿Cómo caracteriza al agresor?
- ¿Cuál es la respuesta de la familia frente al proceso judicial del abuso sexual?
- ¿Cómo es el procedimiento para la atención del abuso sexual en menores en su institución?
- ¿Cuáles considera que podrían ser los aspectos positivos y los negativos de este procedimiento?
- ¿Cuáles considera que podrían ser las dificultades externas o con otras instituciones que se pueden presentar por este procedimiento?
- ¿Qué cosas considera que podrían cambiarse para mejorar este procedimiento?
- ¿Cuáles son los medios probatorios conocidos en su institución? ¿Usted conoce otros?
- ¿Cuáles considera que podrían ser los aspectos positivos y los negativos de estos medios probatorios?
- ¿Cuáles son los problemas externos que se pueden presentar por estos medios probatorios, aquí en su institución?
- ¿Qué cosas considera que podrían cambiarse para mejorar estos medios probatorios, aquí dentro de la institución?
- ¿Cuáles considera que podrían ser las actitudes positivas y las negativas del personal que atiende el abuso sexual en menores y de la gerencia institucional?
- ¿Qué problemas externos pueden ocurrir por la acción de los profesionales que atienden el abuso sexual en menores y de la gerencia institucional?
- ¿Qué cosas considera que podrían cambiarse, y que darían la oportunidad de mejorar la respuesta del personal?
- ¿Usted ya tuvo oportunidad de conocer la actual legislación colombiana sobre el abuso sexual en menores y, en su práctica diaria, cuáles son las normas más útiles?
- ¿Cuáles considera que podrían ser los aspectos positivos y los negativos de la actual legislación colombiana sobre el abuso sexual en menores?
- ¿Qué cosas considera que podrían cambiarse y que darían la oportunidad de mejorar la actual legislación Colombiana sobre el abuso sexual en menores?

ANEXO N° 2**GUÍA PARA ENTREVISTAS A PADRES Y FAMILIARES DE LA VICTIMA**

¿Cómo son las relaciones entre los miembros de la familia (entre padres e hijos, entre hermanos, entre esposos o compañeros, entre adultos, etc.)?

¿Existen discusiones o peleas dentro de la familia y de qué manera las solucionan?

¿Cómo es el comportamiento de los hijos (como es el diálogo entre ellos, cómo se relacionan con los amigos)?

¿En la familia existen problemas de alcoholismo o drogadicción?

¿Hay problemas de maltrato dentro de la familia (conyugal, infantil, de ancianos, etc.)?

¿Cómo ocurrió el problema? ¿Fue la primera vez?

¿Qué lo llevo a denunciar? ¿Quién tomó la iniciativa? ¿Fue difícil para usted?

¿Cómo se sintió cuando descubrió el problema? ¿La familia trató de hacer algo al respecto?

¿Cómo describe a la persona que posiblemente causó este problema?.

¿Qué problemas pueden surgir por esto? ¿Qué cree que se deba hacer para su familia?

ANEXO N° 3**PROTOCOLO DEL DICTAMEN MÉDICO LEGAL****Recepción del caso**

Recepción del paciente y los familiares o acompañantes
 Recepción de documentos
 Toma de datos al paciente
 Registro de información en el sistema o en el registro escrito
 Instrucciones al paciente para dirigirlo a la atención

Entrevista inicial con la familia

Explicar el procedimiento
 Tomar la historia de los hechos

Entrevista con el menor

Establecer empatía con el niño
 Presentación al menor del entrevistador (médico y/o psicólogo)
 Preguntas generales sobre actividades personales, familiares y sociales
 Preguntas encaminadas a establecer ubicación espacial
 Preguntas que permiten diferenciar verdad y mentira
 Establecer el motivo de la consulta
 ¿Sabes por qué te trajeron?
 ¿Tienes algo que nos quieras comentar?
 Conocer la versión de los hechos (relato libre y espontáneo)
 ¿Quién te lo hizo?
 ¿Cómo se llama?
 ¿Qué parte te tocó? ¿Dónde?
 ¿Con qué te tocó?
 ¿Tocó sobre la ropa? ¿Debajo? ¿Dentro?
 ¿Dónde estaba la ropa de él? ¿La tuya?
 ¿Qué palabras fueron usadas por el ofensor? ¿Te dijo algo durante la acción?
 ¿Qué hiciste cuando él te tocó?
 ¿Cuántas veces pasó? Fecha de la 1era vez. Fecha de la última vez.
 Describe las posiciones que tuvieron
 ¿Dónde estaban los adultos? ¿Qué hacían?
 ¿El individuo hizo algo más?
 ¿Te obligo hacer a ti otra cosa?
 ¿Te ha pasado esto anteriormente? ¿Con quién?
 ¿Has visto a otras personas hacer esto?
 ¿Se lo contaste a alguien? ¿Qué hicieron?
 ¿Hubo algún tipo de intimidación o convencimiento?
 Antecedentes
 Gineco-obstétricos (Perfil- Menarquia – Ciclos – FUM – Método anticonceptivo – Relaciones sexuales consentidas y fechas – Número de compañeros sexuales – ETS y tratamientos – Enfermedades genitourinarias)
 Gastrointestinales (PPI – Estreñimiento – Hemorroides – Última Evacuación intestinal – encopresis)
 Cierre de la entrevista
 ¿Hay algo que quieras preguntar?

¿Te preocupa algo sobre tu cuerpo?

Explicación del examen físico a realizar

Examen médico legal

Explicar al paciente el procedimiento médico a realizar

Examen físico

Valoración médica general

Apariencia general del menor (presentación personal: aseo, vestido), desarrollo pondoestatural, establecer estado nutricional

Examen físico general (cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, etc.)

Desarrollo psicomotor

Relación con el entorno (establecer rol del menor, actitud social ante el examen y el examinador)

4.2.2. Valoración esfera mental

4.2.2.1. Examen mental

4.2.2.2. Examen neurotoxicológico

4.2.3. Valoración clínica de la edad del menor

4.2.3.1. Desarrollo pondoestatural

4.2.3.2. Erupción dentaria

4.2.3.3. Desarrollo de caracteres sexuales secundarios

4.2.4. Valoración de lesiones personales (áreas para y extragenital)

4.2.4.1. Naturaleza de las lesiones

4.2.4.2. Localización

4.2.4.3. Incapacidad

4.2.4.4. Secuelas

4.2.5. Valoración del área genital y anal

4.2.5.1. Genitales externos y región paragenital

4.2.5.2. Himen

4.2.5.2.1. Forma

4.2.5.2.2. Integridad

4.2.5.2.3. Elasticidad

4.2.5.2.4. Otros hallazgos

4.2.5.3. Ano

Forma

Tono

Integridad

Otros hallazgos

Embarazo

Signos de probabilidad

Signos de presunción

Signos de certeza

Enfermedades de transmisión sexual

Signos externos

Toma de muestras

Víctima

Hechos recientes en tiempo menor a 72 horas

Identificación de espermatozoides humanos y semen del posible agresor y cotejo de D.N.A.

Frotis perineal

Frotis en fondo de saco vaginal

Frotis anal

Toma de muestras sugestivas de semen en otras áreas corporales (cavidad oral, manchas en piel, etc.)

Recolección de prendas (interiores, medias, pantalón, etc.)

Recolección de otros elementos (toallas higiénicas, papel higiénico, tampones, preservativos, etc.)

Identificación de células del posible agresor para cotejo de D.N.A.

Manchas en la piel y mucosas

En la región púbica (pelos, manchas, etc.)

Recortado de uñas (según anamnesis)

Identificación de sangre humana y cotejo de D.N.A.

Sangre de la víctima

Identificación de enfermedades de transmisión sexual para establecer presanidad (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenella. Guardar muestra de suero para detectar anticuerpos para: Treponema pallidum, HIV y hepatitis B)

Frotis vaginal y/o anal

Sangre de la víctima

Diagnóstico de embarazo

Toma de sangre para Subunidades Beta (según anamnesis)

Ecografía pélvica (según anamnesis)

Intoxicación exógena

Muestra de orina (según anamnesis y/o hallazgos al examen físico)

Muestra de sangre(según anamnesis y/o hallazgos al examen físico)

Hechos antiguos en tiempo mayor a 72 horas

Diagnóstico de embarazo

Toma de sangre para Subunidades Beta (según anamnesis)

Ecografía pélvica (según anamnesis)

Identificación de enfermedades de transmisión sexual (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenerella, Treponema pallidum, HIV y hepatitis B)

Frotis vaginal y/o anal

Sangre de la víctima

Agresor

4.2.4.6.2.1. Hechos recientes en tiempo menor a 6 horas

4.2.4.6.2.1.1. Identificación de espermatozoides humanos y semen

4.2.4.6.2.1.1.1. Frotis surco balano prepucial

Identificación de células del posible agresor para cotejo de D.N.A.

Manchas en la piel y mucosas

En región púbica (pelos, manchas, etc.)

Recortado de uñas (según anamnesis)

Identificación de sangre humana y cotejo de D.N.A.

Sangre del agresor

Identificación de enfermedades de transmisión sexual (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenerella, Treponema pallidum, HIV y hepatitis B)

4.2.4.6.2.1.4.1. frotis uretral y/o balano prepucial

4.2.4.6.2.1.4.2. Sangre del agresor

Intoxicación exógena

Muestra de orina (según anamnesis y/o hallazgos al examen físico)

Muestra de sangre(según anamnesis y/o hallazgos al examen físico)

Hechos antiguos en tiempo mayor a 6 horas

Identificación de enfermedades de transmisión sexual (gonorrhoeae, clamidya, tricomonas, gardenerella, Treponema pallidum, HIV y hepatitis B)

Identificación de sangre humana y cotejo de D.N.A.

Sangre del agresor

Solicitud y/o análisis de pruebas anexadas

4.2.4.1. Historia clínica y/o social

4.2.4.2. Exámenes paraclínicos

Conclusiones

Establecer estado general y/o lesiones personales

Establecer edad clínica aparente y correlacionarla con la edad documental

Correlación del relato y los hallazgos al examen médico legal y paraclínicos anexados

Definir si el examen realizado es concluyente de abuso sexual o si es indispensable la utilización de una prueba diferente como los testimonios

Informar sobre otros hallazgos y/o toma de muestras (E.T.S., embarazo, intoxicación exógena).

Recomendaciones

Médicas

Legales

Sociales

Otras

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO DE PADRES O FAMILIARES DE LA VÍCTIMA

Yo, _____ usuario del servicio de atención de la Unidad Local de Atención de Menores del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, después de recibir del Dr. Álvaro Enrique Morales Rivera las informaciones respecto a la investigación "El abuso sexual intrafamiliar en Santa Fe de Bogotá Colombia" estoy conciente de que:

Estoy participando de esta investigación por ser responsable de un menor, el cual fue atendido por sospecha o confirmación de abuso sexual.

Para este estudio seré entrevistado(a), la entrevista será gravada y su contenido será mantenido en sigilo, siendo incluido en los resultados finales sin mi identificación.

El menor no será entrevistado y ninguna alteración ocurrirá en su atendimiento como resultado de lo dicho por mí al entrevistador, o si me rehúso a ser entrevistado o si me rehúso a responder alguna pregunta durante la entrevista.

El trabajo no representará ningún tipo de costos para mi familia.

En caso de tener interés en los resultados de la investigación, podré tener acceso a ellos.

Por lo anterior, estoy de acuerdo en participar de esta investigación.

Santa Fe de Bogotá, Octubre de 2000

(testigo)

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO DE PROFESIONALES

Yo, _____
profesional de _____, después de recibir del Dr. Álvaro Enrique Morales Rivera las informaciones respecto a la investigación "El abuso sexual intrafamiliar en Santa Fe de Bogotá Colombia" estoy conciente de que:

Estoy participando de esta investigación, por ser responsable de la atención de menores, con sospecha o confirmación de abuso sexual.

Para este estudio seré entrevistado(a), la entrevista será gravada y su contenido será mantenido en sigilo, siendo incluido en los resultados finales sin mi identificación.

Ninguna alteración ocurrirá en mi trabajo, como resultado de lo dicho por mí al entrevistador, o si me rehúso a ser entrevistado o si me rehúso a responder alguna pregunta durante la entrevista.

El trabajo no me representará ningún tipo de costo.

Los resultados de la investigación, me serán presentados después de concluida la investigación.

Por lo anterior, estoy de acuerdo en participar de esta investigación.

Santa Fe de Bogotá, Octubre de 2000

(testigo)