

EL ABORDAJE INTERPROFESIONAL EN LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN COLOMBIA

Artículo publicado en Universitas en Psychologia

Material de consulta

(2002)

Autor. Leonardo Alberto Rodríguez Cely
Docente Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Psicología y Ciencias Jurídicas

El presente capítulo tiene como objetivo dar a conocer los aspectos de intervención interprofesional en los casos de abuso sexual infantil, en el contexto colombiano. Para ello se presenta una revisión actualizada de la actuación de las áreas como: la Psicología, la Medicina forense, el Derecho, y el Trabajo Social; haciendo principal énfasis en la evaluación y la intervención en crisis. Se muestra la importancia de articular las funciones de los profesionales que atienden éstos casos.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

El Abuso Sexual Infantil se enmarca dentro de la problemática global del “Maltrato Infantil”. Si bien se han realizado numerosos estudios al respecto, es importante aclarar que las estadísticas con las que se cuenta, hacen referencia a los pocos casos que han sido denunciados en Medicina Legal y en otras instituciones, debido a las condiciones y efectos ligados a dicha problemática.

Algunas estadísticas referidas al porcentaje de denuncias son ofrecidas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (CRNV) (1999), el cual reportó a nivel nacional (incluyendo a Bogotá) 11.791 reconocimientos médicos para delitos sexuales en 1998, observándose un incremento de 4,8% (572) con respecto al año anterior. La tasa anual también se incrementó, pasando de 28 a 29 casos por cada 100 habitantes. Del total de reconocimientos, 9966 (84,5%) correspondieron a menores de edad, encontrándose las mayores tasas en los grupos de 10 a 14 años (83 x 100.000) 15 a 17 años (71 x 100.000) y 5 a 9 años (62 x 100.000). Vale la pena aclarar que los menores de 4 años de edad siguen estando entre los mas afectados, pues debido a su nivel de desarrollo evolutivo, presentan limitantes para la queja y la denuncia. Este grupo probablemente sea el que acumula el mayor número de casos no reportados, debido a sus condiciones de indefensión, a su nivel de dependencia del adulto, y a su limitación para identificar y denunciar el hecho.

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

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

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

Según los datos mencionados, se puede percibir que día a día aumenta el número de víctimas de ASI, lo que conlleva implicaciones individual, familiar y social. El abuso sexual infantil representa uno de los

más importantes problemas que atenta contra la estabilidad social, debido a su potencial de destrucción. De esta manera, promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos.

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

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

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

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

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

Glaser y Frosh (1997), aclaran que la “edad de consentimiento” a la cual se refiere la anterior definición, no solo abarca la edad cronológica de la persona, sino también la competencia de desarrollo (por ejemplo, el grado de conocimiento que tenga el niño sobre el significado de un encuentro sexual) y la relación de poder en cuestión (por ejemplo, la confianza y la dependencia que tenga el niño con respecto al adulto).

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

a. Abuso sexual con contacto: Incluye comportamientos que involucran el contacto físico con la boca, pechos, genitales, ano, o cualquier otra parte corporal, cuando el objeto de dicho contacto es la excitación o satisfacción sexual del agresor. Este tipo de abuso incluye tanto el tocar y acariciar, como la penetración genital, anal u oral.

b. Abuso sexual sin contacto: Es aquel practicado a través de comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo, pero que sin duda repercute en la salud mental de la persona. Se incluyen comportamientos tales como exhibirse con fines sexualmente insinuantes, masturbarse en presencia de un niño o niña, producir material pornográfico con el menor, mostrarle material pornográfico, espiarlo mientras se viste o se baña, dirigirle repetidos comentarios seductores o sexualmente explícitos y realizar llamadas telefónicas obscenas.

Estos dos tipos de ASI pueden presentarse a nivel intrafamiliar (el abusador es un miembro de la familia), a nivel extrafamiliar (hombres o mujeres ajenos a la familia que tienen el cuidado del menor) o

personas extrañas que utilizan a los niños con fines eróticos o comerciales. (Vargas, Vargas y Mejía, 1995).

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

a. Características del abusador

Por lo común, los abusadores de niños, tienen dificultades para establecer relaciones sexuales con adultos; muestran especial predilección por establecer relaciones sexuales con menores y obtienen gratificación sexual especialmente al interactuar con ellos; aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con parejas de edad apropiada, pero ante ciertas circunstancias, como situaciones de tensión excesiva en las cuales su autoestima se ve amenazada, reaccionan impulsivamente utilizando como pareja sexual a un niño o niña; interactúan con éstos como si tuvieran su edad y no de acuerdo con su edad real; pudieron haber sido objeto de abuso sexual, maltrato físico y/o emocional en su infancia; desean controlar y dominar a quienes interactúan con ellos; han acumulado rabia y encuentran en el niño un objeto perfecto para descargarla; abusan del alcohol u otras sustancias psicoactivas; se excitan y obtienen gratificación sexual provocando dolor y sufrimiento a otros en el contacto físico.

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

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

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

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

Las madres de los niños que han sido abusados sexualmente a nivel intrafamiliar, con frecuencia presentan pasividad, dependencia y sumisión; son sexualmente inhibidas; incapaces de proteger a sus hijos; promueven sutilmente el abuso sexual de sus hijos para evitar las exigencias sexuales de sus parejas hacia ellas o por temor a perder su apoyo económico (en los casos en que el compañero de la madre sea el abusador); se sienten incapaces de poder cuidar y criar a sus hijos sin el “apoyo” de un hombre; no tienen bien claros y definidos los límites entre ellas y sus hijos; han favorecido la inversión de roles con su hija (la hija actúa como si fuera la madre); fueron víctimas de abuso sexual o de maltrato físico o psicológico durante su infancia; sufren maltrato físico y/o psicológico en su vida actual; tienen un concepto negativo de si mismas, de su cuerpo y de su género; se les dificulta establecer una relación cercana y expresar físicamente el afecto a sus hijos; temen que los vecinos, familiares y amistades se enteren de todo lo que sucede en su casa. Generalmente, aparentan que todo anda bien por temor al qué dirán. Hacen que en su hogar impere la “ley del silencio”.

c. Características de los niños o niñas abusados:

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

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

d. Contexto social :

Por lo común, el ASI se presenta en sociedades machistas en las que se considera que los adolescentes tienen “derecho” a iniciarse sexualmente con las niñas que trabajan como empleadas domésticas; culturas que aceptan que el padre inicie sexualmente a sus hijas, alegando que tienen derecho a prepararlas para cuando encuentren su pareja; las familias donde hay un niño abusado sexualmente, son familias aisladas socialmente; en las que existe un padrastro o madrastra con quien el niño no ha establecido un vínculo afectivo estrecho o con quien sostiene una mala relación; en las que la comunicación es deficiente y no se cuenta con la habilidad para resolver conflictos en forma efectiva; no hay respeto por la individualidad, la intimidad y la privacidad de sus miembros; se descalifica al menor y no se cree en su palabra; son patriarcales centradas en la autoridad del hombre de la casa; algunas veces el niño o niña ha permanecido por algún tiempo viviendo lejos del padre o de la madre y por lo tanto no tiene una relación estrecha con él o con ella; el menor no está involucrado emocionalmente con el padre o la madre; el padre o la madre castigan al niño o niña cuando manifiesta curiosidad por aspectos sexuales o cuando explora su cuerpo; los padres establecen muy poco o demasiado contacto físico para demostrar afecto al menor.

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

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

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

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

Las *manifestaciones emocionales y conductuales*, comprenden la preocupación sexual explícita o frecuente en la conversación o en el juego, sexualización de las relaciones, conciencia sexual prematura,

actitud aprehensiva hacia los hombres, masturbación, indicios de posesión de secretos, huida del hogar, intentos de suicidio, problemas psiquiátricos infantiles y dificultades en el aprendizaje.

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

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

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

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

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

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

a. *El abuso sexual se reduce a casos excepcionales.*

b. *El abuso sexual solo se presenta en familias de escasos recursos y sin educación, o bien en comunidades aisladas y sumidas en el atraso.*

c. *Quienes abusan sexualmente de un niño son enfermos mentales o perversos sexuales.* En la mayor parte de los casos los abusadores no son locos ni enfermos, sino personas normales que sufren deficiencias en la socialización, es decir que no poseen valores morales o no saben controlar sus impulsos.

d. *El abuso sexual es producto de una situación de privación sexual.* La mayoría de los abusadores llevan una vida sexual activa; buscan niños por la sensación de poder y control que les proporcionan, o por el amor incondicional y no amenazante que solo los niños pueden ofrecer.

e. *Los adolescentes y algunos niños son seductores, por lo cual son parcialmente responsables del abuso.* Es natural que los menores pongan a prueba sus impulsos sexuales con las personas en las que confían, pero son los adultos los responsables de involucrar a los niños en el acto sexual.

f. *La mayoría de los casos de abuso sexual no son ciertos; se trata de fantasías sexuales de los niños.* La negación es uno de los principales mecanismos de defensa que utilizan algunas personas cuando no quieren reconocer una realidad; el resultado de esta actitud es que, cuando las víctimas vencen

el temor de hablar, no se les cree, negándoles así la posibilidad de recibir ayuda. También es cierto que la mayoría de las veces los niños dicen la verdad, pero en estos casos suelen callársela.

g. *Es común que el abusador sea un extraño y no alguien a quien el niño conoce.* La mayoría de los casos de abuso son cometidos por un conocido, en quien la víctima confía y que incluso ama.

h. *El niño no denuncia que está siendo víctima de abuso porque lo disfruta y siente placer.* Algunos niños sienten placer, pero no disfrutan la situación; por el contrario, sienten mayor culpabilidad y vergüenza al identificar que el comportamiento es inadecuado pero agradable.

i. *El abuso sexual es un incidente individual aislado.* Al descubrirse el abuso, casi siempre se advierte que ha estado teniendo lugar durante meses, e incluso años; sin embargo, se ha mantenido en secreto pues el abusador utiliza amenazas y sobornos para que el niño no lo delate.

j. *Solo lo sufren las niñas.* Son muchos los niños que viven esta experiencia.

k. *Los efectos del abuso sexual infantil casi nunca son graves.* Los efectos dependen de muchos factores (tipo de conducta, relación entre agresor y víctima, edad de la víctima, etc.)

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

2. PAPEL DE LA PSICOLOGÍA

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

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

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

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

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

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

La primera de estas etapas, según Horowitz (1976), citado por Slaike (1996), hace referencia al "desorden", que incluye las reacciones iniciales en el impacto del suceso. La siguiente etapa es la de "negación", que conduce a la reducción del impacto y puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, a no pensar en lo que pasó, o a la planeación de actividades como si nada hubiera pasado. La tercera etapa es la "intrusión", e incluye la involuntaria abundancia de ideas de dolor que surgen acerca del suceso, las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado. La siguiente etapa corresponde a la "translaboración", que es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos procesan éstas

experiencias en una forma natural, en tanto otros necesitan ayuda externa. Por último, se encuentra la etapa de “terminación”, la cual conduce a una integración de la experiencia de crisis dentro de la vida del individuo; aquí, el suceso ha sido enfrentado, los sentimientos o pensamientos se identificaron y expresaron, y la reorganización ha sido iniciada.

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

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

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

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

De acuerdo con Vargas et al. (1995), la intervención en casos de ASI en estado de crisis, es un proceso que busca informar, apoyar y proteger a la víctima, así como estabilizar a su familia, para que regrese al nivel de funcionamiento anterior a la crisis. El propósito de la intervención en estado de crisis es que la víctima logre reducir su tensión personal, y que ella y/o su familia encuentren alternativas para afrontar la situación. Esto es posible, mediante los primeros auxilios psicológicos (Sleikev, 1996), cuyos principales objetivos son: proveer apoyo, reducir la mortalidad y ayudar al paciente a enlazarse con los recursos necesarios para reducir las consecuencias negativas generadas por el abuso. Estos objetivos se pueden llevar a cabo a través de la realización del contacto psicológico, el análisis de las dimensiones del problema, la consideración de las posibles soluciones, la ejecución de una acción concreta y el seguimiento.

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

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

El psicólogo debe tener un buen manejo de estos aspectos, ya que el tiempo de intervención es muy corto. Según Soria y Hernández (1994), la intervención en situaciones de crisis se desarrolla a lo largo de una o máximo dos sesiones, sin una continuación posterior. No existe una duración promedio de cada sesión, pero puede durar entre media y una hora. No obstante, la duración puede ser superior ya que la entrevista suele fraccionarse según las necesidades inmediatas de la víctima.

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

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

Fase primera: *Presentación y toma de contacto.*

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

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

Fase segunda: *Desarrollo*

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

La intervención ha de dirigirse hacia dos focos, en primer lugar hacia la situación. La víctima ha de saber qué hace allí y qué pasará inmediatamente después. En segundo lugar, la intervención se dirige hacia la persona. El profesional ha de intervenir para tranquilizar y descender el nivel de excitación de la persona; para ello es importante eliminar los sentimientos de peligro, descontrol y sumisión que seguramente han dominado el comportamiento de la víctima hasta la fecha. Para lograrlo, no basta con mostrarlo verbalmente, sino que debe verse reflejado en la conducta no verbal: los gestos, el dominio del espacio, el tono de familiaridad y comprensión, etc. Estos son factores que ayudan a depositar la confianza de la víctima en el psicólogo y a abrirse progresivamente.

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

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

Fase tercera: *Cierre*

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

Es importante, para finalizar, el que la víctima realice un breve resumen o síntesis de los pasos inmediatamente posteriores y que previamente se ha escrito, garantizando su comprensión.

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

Lo expuesto en las páginas anteriores hace referencia a la intervención en crisis; sin embargo ésta es solo una de las formas de atención en casos de ASI, pues existen otras posibilidades de intervención desde las cuales se trabaja con las víctimas y sus familias, después del período de crisis. Entre dichos modelos se encuentra la intervención grupal, familiar, individual, a testigos, etc. (Glaser y Frosh, 1997), en los que se trabaja mediante la utilización de herramientas tales como técnicas de entrenamiento en relajación, desensibilización y visualización.

3. LA EVALUACIÓN PSICOLOGICA FORENSE

Habilidades Cognitivas de los niños y niñas en la declaración

En las décadas del los años ochenta y noventa la investigaciones científicas de Saywitz, Goodman, Nicholas y Moan (1991); Tobey y Godman, (1992) sobre el testimonio en menores víctimas de A.S.I arrojaron resultados importantes en cuanto a que los niños y niñas a menudo realizaban narraciones y descripciones bastante exactas sobre hechos que habían experimentado y cómo en muchas ocasiones eran capaces de resistirse a las sugerencias de los adultos. En este orden de ideas el grado de exactitud del testimonio depende de factores como el tiempo transcurrido, en las circunstancias en que debe recordarlo, factores, motivacionales, emocionales, sociales, deseos de agradar al entrevistador

Protocolo integral de Criterios para la toma y valoración del testimonio en niños(as) víctimas de actos sexuales Abusivos: Moure, Pajón y Rodríguez (2005)

El siguiente protocolo busca apoyar al psicólogo forense para la adecuada toma y valoración del testimonio de niños víctimas de actos sexuales abusivos. Para esto se recogen tres técnicas reconocidas a nivel mundial en estos procesos; en primer lugar, el SVA que comprende el CBCA que proporciona la validez interna, la entrevista semiestructurada, y la lista de validez externa, en segundo lugar, La Guía de Actuación del Psicólogo que aporta el componente ético, y en tercer lugar el Análisis funcional que explica las variables que intervienen en la conducta.

Al entrar en vigencia el nuevo código de procedimiento penal, el psicólogo con ayuda de este protocolo podrá presentar a las autoridades judiciales argumentos válidos sobre la conducta de abuso. Para esto es necesario que al hacer la evaluación observe los elementos que precipitaron y dieron lugar a la conducta.

1. Población

El protocolo será utilizado para evaluar a los niños menores de 14 años sobre los cuales se denuncien hechos de abuso sexual específicamente actos sexuales abusivos.

2. Proceso

A continuación se describe el proceso que se sigue en la Fiscalía al momento en que el menor de edad se presenta a las instalaciones donde se realiza la valoración del caso.

- 2.1. Se realiza la recepción del caso.
- 2.2. Se diligencia la ficha de ingreso
- 2.3. Se toma la denuncia: A los mayores de trece años se les recibe solos, mientras los menores de 13 años deben estar acompañados.
 - 2.3.1. Apertura de la indagación preliminar
 - 2.3.2. Ordenamiento de pruebas encaminadas a: Establecer la ocurrencia del hecho, identificar e individualizar a, el o los responsables (versión libre, testimonios, prueba pericial)
- 2.4. Apertura de la instrucción
- 2.5. Ordenamiento de pruebas encaminadas a: demostrar la ocurrencia del hecho (tipicidad), establecer la responsabilidad del sindicado (indagatoria, testimonio, prueba pericial)
 - Medicina legal: Examen sexológico y toxicológico
 - Trabajo social: Establece información socio-familiar sobre la víctima y el denunciante, además realiza el diagnóstico social y promueve espacios de reflexión donde se analiza los recursos y potencialidades del consultante y su familia.
- 2.6. Remisión de las diligencias a la Fiscalía seccional

3. Guía de Actuación del Psicólogo

Según el código deontológico de los psicólogos, en los casos de abuso sexual infantil, debe realizar solo una entrevista. Adicionalmente, debe seguir los siguientes aspectos éticos indispensables para procurar el bienestar del menor de edad.

- Debe escuchar, atender y crear un clima positivo cuando existan manifestaciones de A.S.I/MI
- El psicólogo tiene la obligación de intervenir en situaciones de maltrato e informar a las autoridades competentes.
- Debe informar al menor y a sus padres del objeto de la intervención, los límites de la información y el proceso administrativo y judicial posterior
- Debe presumir la inocencia del presunto maltratante.
- Para evitar la victimización secundaria debe reducirse al mínimo el número de intervenciones.
- El psicólogo debe tener una formación profesional específica en el ámbito forense.
- El psicólogo debe tener información actualizada sobre; las características específicas de la dinámica relacional que genera el Abuso Sexual Infantil (A.S.I) / Maltrato Infantil (M.I.), factores de riesgo, indicadores físicos, emocionales, conductuales y sexuales que lleven a sospechar su existencia. Así mismo debe conocer los efectos que comportan en el desarrollo de niños y jóvenes.
- Debe tener en cuenta que existen innumerables mitos y falsas creencias que dificultan la detección de A.S.I / MI.
- Debe procurar un consenso sobre las evaluaciones e intervenciones con el equipo forense a través de objetivar e intercambiar puntos de vista.
- Debe determinar la necesidad de asistencia psicológica a la víctima y a su entorno
- Debe informar exclusivamente los hechos conocidos a través de la asistencia que sean relevantes al proceso.
- Los psicólogos que intervengan como peritos no podrán realizar intervenciones terapéuticas en el mismo caso.
- Si posteriormente a la evaluación psicológica se considera que el testimonio del menor de edad no es creíble, debe indagar que es lo que ha conducido al menor de edad a expresarse en dicho sentido; ya que puede indicar la existencia de un malestar que requiere orientación.
- Debe evaluarse el nivel de urgencia de la situación según el riesgo de sospecha o certeza en función de: la necesidad de asistencia médica o psicosocial del menor, la necesidad de protección judicial-policial-administrativa del menor, la necesidad de recoger pruebas forenses antes de la desaparición de estas.
- La actuación en crisis debe asegurar la protección del menor, reduciendo su sufrimiento. Es preciso mantener una postura reflexiva y activa en la que se evite tanto la precipitación como la inhibición.

4. Rol del Psicólogo

Respecto a la evaluación se deben tener en cuenta dos objetivos: Delimitar cuál ha sido la situación sufrida, especificarla lo más ampliamente posible y valorar cuáles son las medidas de protección y tratamiento que requiere el menor.

En la evaluación deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Antes de entrevistarse con el menor se recomienda que el examinador revise, con amplitud de miras y sin prejuicios, todo el material disponible.
- El examinador debe informar de forma comprensible para el menor de edad el objeto de la entrevista, los límites de la información obtenida (darle a conocer la obligación que se tiene de comunicar el caso para su protección) y del proceso administrativo y judicial posterior.
- Se recomienda que las entrevistas se adapten a la situación del menor de edad y al momento en que se encuentra. Se deben hacer en un ambiente de protección y establecer un clima de confianza que permita la plena expresión de las emociones y pensamientos del menor de edad.
- La actitud del evaluador ha de ser comprensiva, libre de cuestionamientos, ya que la evaluación de la credibilidad se hace después de las entrevistas.
- La evaluación ha de ser completa para tener el mayor número de datos global del menor.
- Con el objeto de preservar el testimonio como prueba y reducir el número de entrevistas, se debe procurar registrar la entrevista en video o en audio.
- Deberán recogerse de manera contextual las preguntas y respuestas, así como la comunicación no verbal y demás aspectos interactivos.

4.1 Evaluación del Testimonio

La evaluación del testimonio tiene dos objetivos: primero delimitar cuál ha sido la situación sufrida y especificarla lo más ampliamente posible y segundo valorar cuáles son las medidas de protección y tratamiento que requiere el menor de edad. Deberá evitarse el excesivo número de sesiones y la aplicación de técnicas innecesarias. Debe darse siempre a conocer al examinado y/o a sus tutores, el objetivo de la evaluación, quien pide la evaluación y obtener el consentimiento informado de los mismos.

La evaluación ha de ser completa para tener el mayor número de datos globales del menor de edad.

En la evaluación del testimonio del niño presuntamente víctima de abuso sexual, debe tenerse en cuenta los criterios determinados por las técnicas SVA: Protocolo de entrevista, CBCA y lista de validez externa y el análisis funcional.

Es necesario resaltar que:

- Es fundamental considerar las producciones del niño por sí mismas y también si particularmente hay una historia previa de abuso sexual para aclarar los diferentes casos.
- El evaluador necesita estar al tanto del desarrollo cognitivo y estado emocional del niño y como este puede afectar la interpretación y el recuerdo de todo el evento.
- Tener en cuenta la información, adicional incluyendo informes médicos o escolares, evaluaciones psiquiátricas previas y otros elementos que surjan de las personas involucradas en el cuidado del niño.

4.2. Intervención en Caso de Crisis

La actuación en situación de crisis debe permitir asegurar la protección del menor de edad reduciendo con ello al máximo su sufrimiento, es preciso mantener una postura reflexiva y activa, teniendo en cuenta el impacto negativo que genera el ASI en sus víctimas y en las personas que las rodean.

Se considera de vital importancia brindar atención psicológica adecuada y a tiempo para amortiguar la crisis desencadenada a partir de dicho impacto. Por lo tanto el psicólogo debe considerar varios aspectos, antes de decidir las estrategias y los pasos para manejar un caso de Abuso Sexual Infantil.

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

El psicólogo debe tener un buen manejo de estos aspectos, ya que el tiempo de intervención es muy corto. Según Soria y Hernández (1994), la intervención en situaciones de crisis se desarrolla a lo largo de una o máximo dos sesiones, sin una continuación posterior. No existe una duración promedio de cada sesión, pero puede durar entre media y una hora. No obstante, la duración puede ser superior ya que la entrevista suele fraccionarse según las necesidades inmediatas de la víctima.

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

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

4.2.1. Fase primera: Presentación y toma de contacto.

Este momento tiene relevancia en la futura relación, por lo que es importante establecer un vínculo de alianza a partir de la dignificación de la víctima. El primer contacto debe dirigirse a una clara presentación de la función del profesional, para luego adentrarse en las necesidades de la víctima.

Ya en esta primera fase debe atenderse las necesidades prácticas prioritarias presentadas de forma asociada a la agresión sexual, tales como: si se ha producido afectación física, se debe realizar un traslado y un reconocimiento físico; si existe riesgo de re-victimización se debe asegurar un contexto de protección.

4.2.2. Fase segunda: Desarrollo

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

La intervención ha de dirigirse hacia dos focos, en primer lugar hacia la situación. La víctima ha de saber qué hace allí y qué pasará inmediatamente después. En segundo lugar, la intervención se dirige hacia la persona. El profesional ha de intervenir para tranquilizar y descender el nivel de excitación de la persona; para ello es importante eliminar los sentimientos de peligro, descontrol y sumisión que seguramente han

dominado el comportamiento de la víctima hasta la fecha. Para lograrlo, no basta con mostrarlo verbalmente, sino que debe verse reflejado en la conducta no verbal: los gestos, el dominio del espacio, el tono de familiaridad y comprensión, entre otros. Estos son factores que ayudan a depositar la confianza de la víctima en el profesional y a abrirse progresivamente.

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

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

4.2.3. Fase tercera: Cierre

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

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

Un buen proceso de atención será aquel en el cual se logre comprometer a la víctima y a su familia para continuar en un tratamiento mas profundo. (Rodríguez 2003) Bibliografía Intervención Interprofesional en casos de abuso sexual infantil. Universitas en Psicología. Pontificia Universidad Javeriana.

4.3 Factores Para Evaluar el Daño

1. Lapso transcurrido desde el comienzo de las conductas abusivas.
2. Tipo de relación de la víctima con los perpetradores
3. Grado de parentesco con el victimario
4. Características de la conducta abusiva
5. Reacción del entorno inmediato del menor de edad frente a los hechos abusivos
6. Nivel de contención sociofamiliar con el que cuente el menor de edad

Los delitos sexuales contra menores de edad, generalmente tienen como característica principal la ausencia de evidencias objetivas. En estos casos, las declaraciones de la víctima suelen constituir la única prueba, por lo que un análisis de su credibilidad es imprescindible. El análisis del contenido de las declaraciones del menor de edad, basado en criterios (CBCA), es una las técnicas útiles en estos casos, por cuanto recomienda:

1. Debe realizarse un estudio con detalle del sumario completo, con todas las declaraciones que aparezcan, para preparar la entrevista de forma adecuada con el menor de edad. Es necesario, entrevistar previamente a las personas relacionadas con el niño/ña, con el fin de obtener información sobre suceso específico.

2. Una vez que se tiene la máxima información se lleva a cabo la entrevista con el menor de edad. En esta entrevista, se le pide que cuente en forma de relato libre todo lo relacionado con lo que ocurrió en el momento de producirse los hechos, así como momentos antes y después de que ello sucediera.

Recomendaciones en el momento de realizar la entrevista:

“En definitiva, la investigación del grupo de NICHD, realizada íntegramente en contextos de campo, muestra que las preguntas abiertas, en especial lo que estos autores han llamado “invitaciones”, generan respuestas más extensas y con un mayor número de detalles, incluyendo los que indican credibilidad, que preguntas más focalizadas como son las directas, directivas y sugerentes”. Jiménez pg. 54 Evaluación psicológica forense tomo 1

Las investigaciones muestran cinco tipologías principales de las intervenciones del entrevistador elaborada por el equipo de investigación de Michael Lamb (1996); Jiménez (2003). Se debe partir de Invitaciones que son preguntas, afirmaciones o imperativos que buscan una respuesta abierta del menor de edad, son preguntas generales, que pueden referirse al suceso en su totalidad o a algún aspecto específico que el niño(a) haya mencionado antes.

El segundo tipo corresponde a los facilitadores que son intervenciones no-sugerentes que buscan motivar al niño para continuar con su relato, como decir “de acuerdo”, repetir la afirmación previa del menor de edad.

En tercer lugar, se encuentra las observaciones directas que focalizan la atención de la presunta víctima en detalles o aspectos que el menor de edad ya ha mencionado. Luego están las observaciones directivas que centran la atención del niño(a) en detalles o aspectos del suceso que no ha mencionado.

Y por último, se tienen en cuenta las intervenciones sugerentes que son aquellas en que el entrevistador comunica claramente que respuesta espera (por ej; te forzó ¿verdad? o asume detalles que el niño no ha revelado y buscan identificar la susceptibilidad del niño ante la sugestión.

Las entrevistas están diseñadas para maximizar el monto de información precisa obtenida del niño, por medio de la rememoración libre y sin inducirlo.

Comenzamos con preguntas semidirigidas, pero a medida que la entrevista progresa, podemos progresivamente realizar preguntas más directas para expandir o clarificar ciertas áreas si lo consideramos necesario. El evaluador además necesita estar al tanto del desarrollo cognitivo y emocional del niño y como éste puede afectar la interpretación y el recuerdo de todo el evento.

(Viar y Lamberti, 1998.)

3. Lo ideal sería que todas las entrevistas que se llevan a cabo sean grabadas en vídeo.

Deberán recogerse de forma textual y contextualizar las preguntas y respuestas, así como la comunicación no verbal y demás aspectos interactivos y de comportamiento manifestados durante la entrevista. El número total de entrevistas que deberán efectuarse oscilará entre dos y seis. Con la finalidad de no generar falsos positivos se evitará repetir preguntas directas cuando el menor de edad niegue el abuso.

4. Posteriormente a la entrevista se debe analizar con base en los criterios de realidad de la técnica de análisis de las declaraciones. El análisis debe en el mejor de los casos ser realizado por dos personas independientemente una de otra, y una vez concluido ser puesto en común. El informe final será, pues, producto del acuerdo interjueces de los dos evaluadores, con lo que se evita posibles sesgos de interpretación.

5. Finalmente, para la aplicación se requiere de amplios conocimientos sobre el funcionamiento de la memoria, tanto desde el punto de vista de la Psicología Cognitiva como desde los factores que afectan a la memoria de los testigos. Además, es necesario el trabajo experimental en el tema ya que el conocimiento de la metodología experimental es lo que permitirá tanto analizar los datos de las investigaciones al respecto como el dominar la formulación y verificación de hipótesis, metodología experimental empleada por esta técnica.

Las preguntas planteadas serán de tipo semi-estructurado, ya que no se encuentran prefijadas, pues cada persona es un caso en particular, además según lo encontrado en la teoría es mas adecuado este tipo de entrevista al realizar un peritaje, pues con estas entrevistas se arrojan datos importantes para poder argumentar categorías. Estas preguntas serán el resultado de lo encontrado en el análisis funcional de cada caso.

5. Los Menores de Edad como testigos:

Un testimonio o declaración es un relato de memoria que un testigo realiza sobre unos hechos presenciados o vividos por él. Para su valoración lo primero que se debe conocer son los aspectos fundamentales de cómo funciona la memoria: qué procesos se ven implicados en el recuerdo y que factores podrían afectar esos procesos. El Psicólogo encargado de valorar una declaración debe conocer las principales teorías de memoria, así como aspectos esenciales de los procesos decodificación, retención y recuperación. Debe poder responder a la pregunta ¿cómo y porqué se recuerda u olvida?. Además debe conocer las investigaciones que muestran que factores y de qué forma afectan la memoria y en concreto a la memoria de los testigos. La Psicología Cognitiva y la Psicología Forense Experimental, en el campo de la memoria de testigos, se encargan de estos conocimientos. El psicólogo que se dedique a la valoración de declaraciones debe ser experto en ambos campos.

No es posible hablar de la exactitud ni de la veracidad de una declaración en un caso concreto. No sólo en términos de la posibilidad de evaluar un recuerdo o descripción de memoria sino también en términos jurídicos. A este respecto sólo a la autoridad competente le incumbe valorar si un hecho se ha producido o no. Así sólo podemos evaluar si un determinado caso se ajusta a los criterios que la investigación teórico práctica asociada casos de abusos sexuales que ocurrieron en la realidad. Esos criterios pueden hacer referencia al contenido de la declaración, conductas asociadas, o rasgos psicológicos.

6. Proceso de la Entrevista

A continuación se presenta el proceso que se debe seguir al momento de abordar la entrevista con el menor de edad, víctima de actos sexuales abusivos.

- Se hace una breve introducción al menor de edad sobre el porque se encuentra en el proceso y el propósito de la entrevista teniendo en cuenta el lenguaje del menor de edad y su contexto familiar
- A partir de juegos libres se orienta la entrevista buscando la amplia descripción del abuso que debe incluir:

Lugar donde se cometió el abuso

Ubicación de otros miembros de la familia

Quién presencio el abuso, quién más está involucrado

Identidad del o los abusadores

Momento y frecuencia del abuso

- A través de la entrevista se procura buscar detalles del abuso que involucran:

Sentimientos infantiles, acerca de los contactos sexuales

Secretos

Sentimientos del niño(a) hacia el abusador

Al finalizar la entrevista, se debe:

- Informar a la madre o acudiente.
- Preparar al menor de edad para el examen médico.
- Registrar la evaluación de la entrevista.

7. Modelo de Entrevista:

De acuerdo a los estudios de Michel Lamb, Katheleen J. Stenberg, Phillip W. Esplín, Irit, Hershkowitz, y Yael Orbach. National Institute of Chile Health and Human Development (NICHHD) se propone el siguiente protocolo para las entrevistas en la investigación de víctimas de abuso sexual menores de edad.

I. “Mi nombre es soy Y parte de mi trabajo consiste en preguntarle a los niños acerca de cosas que les han sucedido”.

“Como puedes ver tengo una grabadora aquí, grabará nuestra conversación para poder recordar cualquier cosa que me digas. A veces olvido las cosas y la grabadora me permite escucharte sin tener que escribirlo todo”.

Me he entrevistado con muchos niños, y durante nuestras entrevistas ellos me han contado la verdad acerca de las cosas que les sucedieron. Quiero estar seguro (a) que has entendido la diferencia entre la verdad y la mentira: Sí yo te digo, por ejemplo, que mis zapatos eran azules (o rojos, o verdes, lo que corresponda), esto es verdad o mentira.

(se espera la respuesta)

(Sí, esto sería una mentira porque mis trabajos son realmente negros, azules, etc. Y sí, por ejemplo, te digo que tú y yo nos encontramos ayer ¿sería esto verdad o mentira?

(se espera la respuesta)

“Sí, esto sería mentira porque nosotros no nos encontramos ayer”.

“He visto que entiendes la diferencia entre decirme la verdad y decirme la mentira. Es muy importante que solo me digas la verdad hoy. Debes decirme solo cosas que realmente te hayan pasado”.

(se espera la respuesta)

“Sí yo te hago una pregunta que no entiendes, o no recuerdas la respuesta, dime: No lo sé. Sí digo cosas que están equivocadas, debes corregirme ¿de acuerdo? Por ejemplo, sí yo digo que eres una niña de seis años (a un niño de 10 años) ¿qué dirías? (se espera la respuesta)

“Muy bien. Ahora has entendido que puedes corregirme si cometo un error, o digo algo que este equivocado”

II. “Ahora, quiero conocerte un poco mejor. Dime algo sobre ti o tu familia”.

(Se espera la respuesta)

(Sí el niño no contesta, da una respuesta corta o se queda estupefacto, puedes preguntar:)

“Realmente quiero conocerte mejor, ¿Qué más puedes decirme sobre ti?”

(Se espera la respuesta)

“¿Qué más puedes decirme sobre tu familia?”

(Se espera la respuesta)

III. “Me has dicho cosas sobre ti y sobre tu familia. Ahora quiero escuchar sobre tu escuela/guardería. Háblame sobre las cosas que te gustan hacer en tu colegio y sobre las cosas que no te gusta hacer”.

(Se espera la respuesta)

(Sí el niño no contesta, da una respuesta corta, o se queda estupefacto, puedes preguntar:)

“¿Qué más puedes decirme sobre tu escuela?”

(Se espera la respuesta)

“Háblame acerca de tu profesor”

(Se espera la respuesta)

“Háblame sobre los niños de tu clase”

(Se espera la respuesta)

IV. “Hace unos pocos días (o hace unas pocas semanas), fueron (vacaciones/ navidad/ pascua). Dime como celebraste las vacaciones”.

(Se espera la respuesta)

1. “Quiero que me digas todo sobre la fiesta del colegio” (o sobre otro aspecto de las vacaciones, el desfile etc.)

“Piensa otra vez sobre (la fiesta)... y dime que sucedió desde que te levantaste por la mañana hasta que te fuiste a la cama por la noche.

(Se espera la respuesta)

(Sí el niño se queda estupefacto, alentarle diciéndole:)

2. “¿Qué más puedes decirme acerca de...?”/ “dime algo más acerca de...”/ “¿Y entonces qué pasó?”

(Sí el niño no responde o da una respuesta corta, continuar:)

3. “Realmente estoy interesado en escuchar como fue tu (fiesta de la escuela/desfile/).”

“intenta ayudarme a entender todo lo que hiciste desde el minuto en que te levantaste hasta el minuto en que te fuiste a la cama por la noche”.

(Se espera la respuesta)

(Sí el niño, por ejemplo, dice: “fuimos con la abuela” o “abrimos los regalos” decirle: “háblame sobre todo lo que sucedió en casa de la abuela (o cuando abriste los regalos, cada detalle, desde el minuto en que llegaste hasta cuando te fuiste”).

(Esperar que el niño acabe completamente, entonces decir):

“Parece que lo pasaste bastante bien en...”

V. “Ahora que nos conocemos un poco mejor, quiero hablar sobre la razón de que estés aquí hoy”.

1. “¿Sabes por que has venido a verme aquí hoy?”

(Esperar la respuesta. Sí el niño da una breve respuesta, por ejemplo, “el tío Felipe tocaba mi pipi” o “el tío Felipe me molestaba” ir al apartado VI. Sí el niño no brinda ninguna información ir al apartado 2).

2. “Dime la razón por la que has venido a hablar conmigo hoy”.

(Se espera la respuesta).

Si el niño da una respuesta ir al apartado VI. Sí no, seguir con la pregunta 3.

3. “Entiendo que hablaste con: (mamá/ papá/ madre adoptiva/ profesora/ otra persona) acerca de algo que te molestó. Dime que le dijiste a tu (mamá/ papá/ madre adoptiva/ profesora/ otra persona)”.

(Sí el niño da una respuesta ir al apartado VI sí no ir a la pregunta 4).

4. Tu (mamá/ papá/ profesor) ¿piensa algo sobre lo que te podría haber pasado?

(Esperar la respuesta)

“Dime que le preocupa a tu (mamá/ papá/ profesor)”.

VI. Repite su respuesta (ej. "muy bien, el tío Felipe toco tu pipi", o muy bien. Tu madre piensa que el tío Felipe tocó tu pipi"). Y continuar: “entonces dime todo lo que te pasó, desde el principio hasta el final lo mejor que puedas recordarlo”.

Sí lo que cuenta el niño es breve, preguntar: “¿y entonces que pasó?”, o “¿qué más puedes decirme acerca de esto?”. Puedes usar estas formulas muchas veces.

VII. “¿Esto sucedió una sola vez o más de una vez?”

(SI EL NIÑO DICE “UNA VEZ” intenta buscar aspectos ocultos del incidente conduciendo la atención del niño hacía detalles que haya mencionado – localización, un elemento del abuso, ropa):

1. “Antes has dicho algo sobre (una crema, un palo;...); ¿puedes decirme algo más sobre esto?”

Repetir tanto como sea posible los detalles o pistas.

Entonces ir al apartado VIII

(SI EL NIÑO DICE “MUCHAS VECES” preguntar:

2. Háblame acerca de la vez que recuerdes mejor. Quiero comprender que pasó desde el principio hasta el final”.

Después que el niño haga la descripción sobre el “tiempo recordado mejor” preguntar sobre información adicional usando preguntas abiertas como: “¿y después que sucedió?”, o “¿qué más puedes decirme acerca de esto?” Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII. Entonces decirle:

3. “Háblame acerca de la última vez que sucedió algo. Quiero comprender que sucedió desde el principio hasta el final”.

Después que el niño haya hablado sobre “la última vez”, preguntar sobre información adicional utilizando preguntas abiertas como: “¿Y después que sucedió?” o “¿qué más puedes decirme sobre esto?” Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII. Entonces decirle:

4. “¿Puedes decirme algo acerca de la primera vez que sucedió, desde el principio hasta el final?”

(Esperar respuesta del niño)

Cuando el niño haya terminado su relato, preguntar acerca de información adicional utilizando preguntas abiertas como: “¿y entonces qué pasó?” o “¿qué más puedes decirme acerca de esto?”. Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII. Finalmente, preguntar:

5. “¿Hay otra ocasión que recuerdes bien? Háblame acerca de esta ocasión desde el principio hasta el final”.

(Esperar respuesta del niño)

Cuando el niño haya terminado su relato, preguntar acerca de información adicional utilizando preguntas abiertas como: “¿y entonces qué pasó?” o “¿qué más puedes decirme acerca de esto?”. Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII.

VIII. Si los detalles cruciales acerca del incidente (localización, identidad del perpetrador o apariencia) están aún flojos, preguntar acerca de ellos en este apartado. Usar preguntas directas (“tenías la ropa puesta o no”) y siempre que sea posible seguir con las peticiones con final abierto para más información (ej, “dime todo sobre cómo te quitó la ropa”).

IX. Al final de la entrevista, preguntar:

1. “¿Hay alguna cosa más que deba saber?

(Esperar respuesta del niño)

2. “¿Hay alguna cosa más que quieras decirme?”

(Esperar respuesta del niño)

3. “¿Hay alguna pregunta que quieras hacerme?”

(Esperar respuesta del niño)

Antes de acabar la entrevista, decirle al niño:

4. “Gracias por decirme todo esto. Realmente me has ayudado a entender lo que sucedió. Ahora voy a ir a buscar a tu (mamá/ papá/ otra persona) ¿Qué quieres hacer cuando la entrevista haya acabado?”

(Esperar respuesta del niño)

5. “Supongo que tienes hambre”

(Esperar respuesta del niño)

6. “¿Cuál es tu comida favorita?”

(Esperar respuesta del niño)

7. “¿Vas a comer mucho?”

(Esperar respuesta del niño)

De forma adicional se presentaran algunas preguntas que pueden realizarse, sin embargo de acuerdo al curso de la conversación el psicólogo decidirá en cuales apoyarse y el orden adecuado. (ES IMPORTANTE citar y referenciar en la bibliografía el autor de estás preguntas)

1. ¿Cómo te llamas?
2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Estas estudiando? Háblame sobre tu colegio
4. ¿Tienes amigos allí?, ¿a qué juegan?
5. ¿Con quién vives?
6. ¿Qué haces mientras estás en tu casa?
7. ¿Cómo es la relación de tus papás?
8. ¿Qué consejos te dan?
9. ¿Alguna vez le has ocasionado un disgusto a tus padres?
10. ¿Cómo es tu relación con tu familia?
11. ¿Con quién hablas más en tu familia?
12. ¿De qué hablan?
13. ¿Tienes secretos?
14. ¿A quién le cuentas tus secretos?
15. ¿Qué te hace contarle tus secretos a esta persona?
16. ¿Hay algún secreto que no hallas contado nunca?
17. ¿A qué le tienes miedo?
18. Háblame de eso
19. ¿Qué haces cuando tienes miedo?
20. ¿A quién acudes cuando tienes miedo?
21. ¿Con quién viniste?
22. ¿Sabes porqué estás aquí?
23. Háblame de eso
24. ¿Cuándo ocurrió por primera vez?
25. ¿Dónde ocurría esto?
26. ¿Por qué crees que esto ocurría allí?
27. ¿Hace cuánto tiempo que esto ocurría?
28. ¿Cuántas veces esto ocurrió?
29. ¿Quién estaba presente cuando esto ocurría?
30. ¿Qué hacías luego de que esto ocurría?
31. ¿Cómo te hace sentir esta situación?
32. ¿Qué piensas de la persona que te hacía estas cosas?
33. ¿Qué te decía esta persona cuando esto ocurría?
34. ¿Qué pensabas de lo que esta persona te decía?
35. ¿Cómo se enteró de esto la persona que te trajo?
36. ¿Hace cuánto tiempo esta persona se enteró?
37. ¿Qué te dijo esta persona cuando se enteró de lo que ocurría?
38. ¿Cómo te hizo sentir esta situación?
39. ¿Le dijo algo esta persona que te trajo, a la persona que te hacia estas cosas?
40. ¿Qué piensas ahora de lo que ocurrió?
41. ¿Alguien más sabe de esto?
42. ¿Tienes miedo de lo pueda llegar a ocurrir aquí?, ¿por qué?
43. ¿Hay algo más que me quieras contar?
44. ¿Qué quisieras que sucediera ahora?

8. Diagnóstico del Abuso Sexual Infantil

El diagnóstico del Abuso Sexual Infantil se basa fuertemente en la habilidad del entrevistador para facilitar la comunicación del niño, ya que frecuentemente es reacio a hablar de la situación abusiva, por varias razones:

- El niño/a es económicamente o emocionalmente dependiente del abusador.
- El abusador amenazó al niño/a o a la madre.
- El niño/a se culpa a sí mismo o tiene vergüenza por lo que ocurrió.
- El niño/a tiene miedo de que no le crean, tanto porque el abusador es una persona respetable y creíble ("Como puedes decir una cosa así de tu abuelo") o porque no tiene pruebas ("que significa que te lastimó, tu no tienes nada malo")
- Al niño/a se le dio el mensaje que los temas sexuales nunca se discuten.
- El niño/a no tiene palabras para explicar lo que pasó ("El abuelo siempre me está molestando"), y los adultos del entorno no son capaces de interpretar lo que el niño está diciendo.
- El niño/a aparta el incidente totalmente de su memoria, por efecto traumático. (Viar y Lamberti, 1998.)

Para facilitar entonces su comunicación es conveniente tener en cuenta algunas consideraciones, dado que el niño/a en estos casos plantea desde el ángulo emocional, particularidades y necesidades únicas:

- Es conveniente evitar entrevistas múltiples y prolongadas.
- Entrevistar al niño con un encuadre apropiado a sus necesidades para facilitarle el sentirse confortable.
- Proveerle privacidad
- Entrevistar al niño solo, si es posible
- Evitar que el niño presencie la descripción del adulto acerca de lo que ocurrió.
- Evitar confrontar al niño con el supuesto perpetrador.

9. Síntesis

En este apartado se resume lo encontrado en la entrevista con el fin de integrar toda la información con relación al abuso sexual y poder dar un concepto claro y detallado sobre aquellos elementos precipitantes y consecuentes al abuso el cual se expone en el concepto que se dé describiendo así todos y cada uno de los factores que llevaron a la víctima a actuar de una o de otra manera con relación a dicha conducta. Es necesario que el perito tenga en cuenta, aparte de la información recolectada en la entrevista, todos los signos y síntomas que observó en la persona en el momento de la entrevista como gestos, movimientos, postura corporal palabras claves, observar si habla con tranquilidad y exactitud, tener en cuenta aquellas preguntas que omite y las que responde con mas tranquilidad; con el fin de que el peritaje sea de gran utilidad para quien lo solicitó. Por esta razón se deben tener en cuenta los criterios del SVA, el CBCA, La Lista de Validez, y el Análisis Funcional para la presentación del Informe Pericial. A continuación un resumen de estos criterios y cómo se deben presentar en el Informe.

9. 1. Criterios de Validez del SVA:

Características psicológicas: se ha de tener en cuenta los rasgos de personalidad del menor de edad, así como el lenguaje y los conocimientos que posee. Para ello nos valdremos fundamentalmente de la impresión clínica al practicar la exploración, de la información verbal que proporcionen los padres del niño y se tendrán en cuenta los informes o valoraciones de otros profesionales que se aporten. Sólo cuando sea necesario se aplicará alguna prueba psicométrica. 1. Lenguaje y conocimiento apropiados: conocer el nivel de desarrollo cognitivo y lingüístico, nos permitirá valorar si el lenguaje y los conocimientos que se reflejan en el relato se corresponden con los que posee el menor de edad, o van más allá, teniendo en cuenta lo que el niño puede haber aprendido en la experiencia abusiva. En cuyo caso hay que investigar la influencia o inducción adulta, aunque también en ocasiones el testimonio del menor de edad se ha podido contaminar por el sometimiento a reiteradas exploraciones e interrogatorios por parte de no expertos. El estilo de respuesta y la expresividad del relato tienen que ajustarse a los rasgos personales del niño.

2. Afecto apropiado: para valorar la credibilidad del testimonio del niño se ha de tener en cuenta el afecto o lo que es lo mismo, la reacción emocional a recordar o rememorar la experiencia abusiva. El estilo expresivo de los sujetos varía desde un alto nivel de agitación o reactividad emocional hasta una disposición de bloqueo, inhibición o reticencia expresa a abordar los hechos. Si bien el estilo expresivo estará en conexión con las características de personalidad y la situación emocional que presenta el menor de edad en el momento de la exploración. Por otra parte la detección de una posible simulación es práctica habitual en el trabajo pericial, y según nuestra experiencia suele darse en menor de edades que presentan rasgos históricos en su perfil personal.

3. Susceptibilidad a la sugestión: debemos examinar si el menor de edad cedió fácilmente a la dirección de las preguntas formuladas por el entrevistador para probar sugestibilidad, o si improvisó respuesta aportando información nueva contradictoria respecto a la anterior. Un alto grado de sugestibilidad resta credibilidad a la declaración del menor de edad. Ruiz (2003) conviene con Raskin y Yuille (1989), en que si un niño rechaza las alternativas incorrectas o no cede a preguntas sugestivas o inductivas y contradice información que se sabe incorrecta se refuerza la validez de la declaración, aunque lo contrario no prueba que el testimonio no responda a una experiencia real. Para valorar el grado de sugestibilidad, hay sin duda que tener en cuenta la edad o grado de desarrollo psicomadurativo del niño. Puesto que, como se ha expuesto, a menor edad, mayor susceptibilidad a la sugestión.

Características de la entrevista: esta categoría hace referencia a la forma en que se ha recabado el testimonio del menor de edad.

4. Preguntas directivas o correctivas: se debe rastrear la presencia de sugerencias no intencionales, de preguntas directivas, identificando si se han producido presiones por parte del interrogador. Se valoran también las interrupciones, un posible refuerzo selectivo a ciertas respuestas, en suma la presencia de preguntas sugestivas o inductivas.

5. Adecuación de las entrevistas: respecto a la adecuación global de la entrevista, se debe examinar si el entrevistador se ha ajustado a las características personales del menor de edad, ha utilizado un lenguaje acorde al nivel de comprensión, le ha contenido emocionalmente y ha llegado a empatizar con él. Por otra parte se debe tener en cuenta las entrevistas previas a las que se haya sometido al menor de edad. Seller y Boychuk (1992) exponen que “las equivocaciones de las entrevistas previas pueden influenciar la presente declaración, aunque ahora se emplee una técnica adecuada”. A este respecto, como ya se había mencionado, cuantas más veces haya sido explorado el menor de edad, mayor contaminación se puede prever. Motivación: Se deben sondear los siguientes aspectos:

6. Antecedentes familiares: motivos para denunciar: si se puede inferir una motivación o ganancia secundaria teniendo en cuenta la relación de la víctima con el acusado, o la relación del acusado con figuras afectivamente significativas para el menor de edad.

7. Contexto original de la eclosión de la denuncia: tal como indican Raskin y Yuille (1989), si el menor de edad revela los presuntos hechos a un profesor, pediatra u otra persona con ascendiente afectivo, incluso a uno de los progenitores en contextos de no rivalidad, entonces la validez se ve reforzada.

8. Posibles presiones para denunciar en falso: este criterio suele estar en íntima conexión con los dos anteriores, sobre todo cuando del análisis de la información preliminar se desprende que terceras personas se van a beneficiar con la interposición de la denuncia.

Cuestiones de investigación: En esta categoría se agrupan tres criterios:

9. Consistencia con las leyes de la naturaleza: se debe probar si los acontecimientos descritos carecen de realismo, es decir si atentan contra las leyes de la naturaleza. En ocasiones para valorar este criterio se deberá consultar a otros especialistas. Por ejemplo en casos en los que se relatan penetraciones vaginales a edades muy tempranas, que fisiológicamente no son viables, o si lo son deberían describirse grandes desgarros.

10. Consistencia con otros testimonios: se valorará si alguno de los elementos centrales de la declaración resulta inconsistente o contradice el relato proporcionado por el menor de edad peritado en otros momentos. Tal como funciona la maquinaria judicial resulta habitual que el niño sea explorado por

diferentes instancias, tanto policiales como judiciales, y en ocasiones por un rosario de profesionales. Pero además de ver la consistencia en el relato del propio menor de edad, podremos valorar la consistencia con el aportado por otros testigos. Por ejemplo, en casos de varios menores abusados por el mismo agresor, generalmente pedofílicos de tipo exclusivo.

11. Consistencia con otra evidencia: la forma de valorar este criterio es comprobar si alguno de los elementos centrales de la declaración contradice la evidencia física, u otro tipo de evidencia concreta. No se trata de una cuestión psicológica, sino criminalística (Seller y Boychuk, 1992). Sin embargo no hay que desdeñar ningún dato que permita acercarse a la verdad.

Categoría: Statement Validity Assesment SVA	Presencia de la Unidad de análisis	Ausencia de la Unidad de análisis
Lenguaje y conocimiento apropiado		
Afecto Apropiado		
Susceptibilidad a la sugestión		
Preguntas directivas o correctivas		
Adecuación de las entrevistas		
Antecedentes familiares		
Contexto original de la eclosión de la denuncia		
Posibles presiones para denunciar en falso		
Consistencias con las leyes de la naturaleza		
Consistencias con otros testimonio		
Consistencias con otra evidencia		

Las Categorías del CBCA son las siguientes:

Características generales: esta categoría requiere el examen de la totalidad del relato (Séller y Kohnken, 1994) y valora fundamentalmente la coherencia interna, la forma expositiva y la cantidad de información aportada en el testimonio del menor de edad citados por Ruiz 2000).

1. Estructura lógica: Está presente si los detalles independientes de la narración describen el mismo curso de eventos y por tanto no aparecen inconsistencias o incoherencias que descalifiquen el contenido del relato.
2. Elaboración inestructurada: esta solo puede aplicarse cuando se ha procurado el relato libre, pues lo que se valora no es lo que el sujeto dice, sino cómo lo dice.
3. Cantidad de detalles: Indica la presencia de detalles sobre tiempo, lugar, personas y objetos relacionados con el abuso. En general se puede decir que al elaborarse un relato falso, las personas no son proclives a aportar muchos detalles, igualmente algunos menores disfrazan la exposición de los hechos para intentar desculpabilizarse, en los casos en que el abuso o la agresión denunciada probablemente han acontecido, pero no en los términos descritos. Contenidos específicos: para analizar esta categoría ya no se toma, como en la anterior, la declaración como un todo, sino que se atiende a la presencia de elementos concretos que pueden aparecer en partes específicas del testimonio. En esta categoría como la siguiente, “peculiaridades del contenido”, el énfasis recae en lo intelectual. En tanto se entiende que un niño que inventara la declaración no sería capaz de incluir los contenidos y cualidades que se describen en tales criterios.
4. Incardinación en contexto: los hechos deben ser descritos con una base espacial y temporal, pero insertados dentro de la rutina diaria del menor de edad. Como explicaba Amtzen (1983), la descripción de los hechos debe quedar entretejida con las circunstancias externas cambiantes. Es decir, las coordenadas espacio temporales tienen que estar entrelazadas con los hábitos, los sucesos diarios, las relaciones con el entorno del menor de edad y su familia. Como se ha mencionado en el apartado “Cantidad de detalles”, no son infrecuentes los relatos perfectamente contextualizados que se han llegado a valorar como increíbles, en tanto la situación espaciotemporal descrita respondía a una experiencia real, si bien el abuso, no se había producido en la forma alegada.
5. Descripción de interacciones: Se refiere a cadenas de acciones y reacciones de la víctima y el agresor. Existe cierto consenso sobre cómo valorar este criterio, entendiendo que aparece cuando el testigo describe una acción y la reacción contingente. Sin embargo Raskin y Esplín (1991) postularon que para considerar cumplido el mismo, se deberían describir como mínimo tres elementos: una acción, la reacción a la misma y otra acción en respuesta.
6. Reproducción de conversaciones: Se precisa que el menor de edad mencione palabras pronunciadas por él mismo o por otros. Si bien se exige reproducción de diálogo, o conversaciones, con réplica virtual de al menos una parte de la interacción verbal. En la valoración de este criterio se han encontrado discrepancias entre peritos. En ocasiones no se requiere respuesta a las verbalizaciones literales de una de las partes, sobre todo de la víctima al agresor. Por ejemplo, cuando el menor de edad reproduce expresiones o palabras poco comunes para su edad o nivel de desarrollo psicomadurativo. En esta línea según recoge Dettenborn y Cols (1984), Szewczyk defendía que las insinuaciones del acusado que el niño relata sin haberlas comprendido, serían ejemplos bastante sólidos en este criterio.
7. Complicaciones inesperadas durante el incidente: Este criterio viene definido por la aparición de contingencias, acciones o situaciones que, o bien interrumpen de forma inesperada el episodio abusivo, o dificultan la finalización del mismo. Los ejemplos que más frecuentemente se han encontrado, hacen referencias a llamadas de teléfono, llamadas al timbre, intromisión inesperada de alguna persona en la estancia donde se está produciendo el abuso, etc. Un ejemplo menos común, sería la aparición de impotencia en el agresor al intentar la penetración, el cuál podría también valorarse como un detalle inusual. Cuando este criterio se cumple, resulta de gran riqueza en la valoración del testimonio. El problema que ofrece es su limitado poder discriminativo, toda vez que incluso en casos reales es infrecuente su aparición.

Peculiaridades del contenido: Según S  ller y Kohnken (1989) los criterios englobados en esta categoría aumentan la concreción y viveza de los testimonios que responden a experiencias realmente experimentadas.

8. Detalles inusuales: Se definen como detalles particulares pero no irreales. Es decir, el criterio estaría presente cuando se describen aspectos concretos relativos al agresor, referidos a objetos o situaciones, que puedan resultar sorprendentes o extraños, aunque no irreales. Cómo el agresor que sufre impotencia al intentar la penetración, al cual se hacía referencia en el criterio 7.

9. Detalles superfluos: No son esenciales para la acusación, pero son descritos por el testigo en conexión la alegación. Es decir, detalles periféricos, poco relevantes para la acusación y no relacionados con el incidente central objeto de interés. Las personas que mienten no inventarían detalles superfluos. Un ejemplo sería el de una menor de edad que escribía, cómo en el momento en el que el agresor la tenía en la cama, era deslumbrada por el sol que entraba a través de la ventana.

10. Información exacta de detalles mal entendidos: El niño relata hechos o proporciona detalles que son mal entendidos por él, es decir que no alcanza a comprender dado su nivel de desarrollo cognitivo, sin embargo si son comprendidos por el entrevistador. Es decir son detalles que se sitúan por encima del horizonte del niño. La aparición de este tipo de criterios en el testimonio del menor de edad, tiene un peso específico, en tanto difícilmente pueden ser inducidos por terceros, o inventados por el menor de edad. El ejemplo que aportan Raskin y Yuille (1989), es que el niño mal interprete los gemidos del agresor como expresión de dolor, o confunda el semen con orina.

11. Asociaciones externas relacionadas: Este criterio se cumple cuando se describen conversaciones o situaciones referidas a otros sucesos, pero que pueden ser relacionados con el abuso. Es decir relatar otros episodios, que en principio suelen ser de tono sexual, pero que est  n fuera del abuso alegado. El ejemplo que aporta Arntzen (1983), es la descripción de una conversación entre la víctima y el agresor donde se discute sobre la experiencia sexual de la víctima con otras personas. La asociación es externa al abuso alegado, pero relacionada en su contenido. Este criterio no suele aparecer en testimonios valorados como increíbles.

12. Descripción del estado mental del niño: descripción de sentimientos como miedo o disgusto, lo mismo que relato de pensamientos o cogniciones. Es decir, alusiones por parte del niño a lo que sinti  o pens  o durante el incidente abusivo.

13. Atribuciones al estado mental del agresor: Se refiere a la descripción del agresor de la situación mental del acusado, en referencia a emociones y pensamientos, así como a los motivos que son atribuidos por el niño a la conducta del mismo. Dentro de este criterio Derrenborn y Cols (1984), también incluyen reacciones afectivas y estados fisiológicos. Según este planteamiento, un ejemplo sería describir el estado de embriaguez del presunto autor del delito, explicar que sudaba o que eyaculaba.

Contenidos relacionados con la motivación: La segunda y tercera categoría se refieren a aspectos característicos del testimonio, enfocan a la capacidad cognitiva del niño. Los criterios de estas categorías se aplican mediante la pregunta:   un niño sería capaz de inventar una acusación con las cualidades descritas? (S  ller, 1989). En esta cuarta categoría, los criterios que la integran permiten valorar la motivación de un niño para hacer una alegación. Se considera que quien inventa o imagina una acusación, así como quien es inducido por un tercero, no se corrige espontáneamente, ni se cuestiona sobre la credibilidad del relato. Tampoco es probable que introduzca aparentes contradicciones o que admita no recordar ciertos datos. En la misma línea no es de esperar que describa culpa, o admita responsabilidad en los hechos abusivos, exonerando y perdonando al acusado.

14. Correcciones espontáneas: Autocorrección durante la reproducción de los presuntos hechos. La persona que miente no suele modificar el relato ni siquiera para mejorarlo. Este criterio no se puede aplicar cuando la corrección se produce como respuesta a un cuestionamiento por parte del entrevistador. Dettenborn y Cols (1984) destacaban que no puede considerarse cumplido cuando la corrección y/o añadido no son espontáneos, sino que se dan como resultado del interrogatorio, de las sugerencias o influencias directas del entrevistador.

15. Admisión de falta de memoria: Se asume que las personas que mienten y no reproducen un hecho real no admitirán una laguna de memoria. Sin embargo también los menores que prestan un falso testimonio pueden aducir falta de memoria, ante la imposibilidad de completar una información, o de responder o improvisar una respuesta, ante una pregunta aclaratoria del entrevistador.
16. Levantar dudas sobre el propio testimonio: El levantar dudas sobre la exactitud y credibilidad del relato, es también signo de credibilidad. Según Undeutsch (1967) el planear objeciones a la corrección del propio testimonio, es un indicio de la credibilidad de la declaración. En el mismo sentido Sélner y Koehnken (1994) postulan que una persona que pretende parecer creíble al hacer una alegación falsa, no traslucirá dudas sobre la credibilidad de la alegación. Un ejemplo del mismo: “no sé si realmente el primer día llegó a tocarme o tan solo se insinuó”.
17. Auto depreciación o desaprobación: Aporta detalles personales desfavorables, detalles autoincriminatorios debidos a una actitud autocrítica concerniente a la propia conducta respecto al agresor, habla de credibilidad. Según Sélner y Kohnken (1994), confesar una conducta impropia o errónea no se espera en el testimonio engañoso que pretende incriminar falsamente al acusado.
18. Perdonar al autor del delito: Si el testimonio tiende a favorecer al agresor, e aportan explicaciones o justificaciones respecto a la conducta del mismo, o bien si el testigo no hace uso de posibilidades obvias para más incriminaciones, se cumple este criterio. Como es lógico, aquellos menores que mantienen una relación afectiva o pseudoafectiva previa con el agresor, sobre todo cuando este es un miembro de la familia, suelen tener sentimientos positivos o ambivalentes y desean minimizar los problemas que podría causar la acusación, perdonando o exonerando de culpa al autor del delito. Este criterio aparece frecuentemente asociado al anterior.
Elementos específicos de la ofensa: Contiene un único criterio.
19. Detalles característicos de la ofensa: Es el último de los criterios de contenido descrito por Sélner y Koehnken (1994), si bien otros autores como Raskin y Esplín (1991) lo trasladaron a la lista de validez, argumentando que no alude a la riqueza de la declaración en sí, sino a las características del delito alegado. El criterio estaría presente cuando a lo largo del relato encontramos descripciones que contradicen las creencias comunes de los legos, sobre la forma en que se producen los abusos sexuales a menores, ajustándose a los conocimientos que la criminología y más específicamente la Psicología han acuñado. Según explican Sélner y Koehnken (1994), en casos de incesto algunos pueden cuestionar la veracidad de la víctima porque las descripciones incluyen falta de resistencia por parte de la misma, así como una larga o crónica relación incestuosa, iniciada con conductas sexuales relativamente inocuas que progresivamente avanzan acompañadas de un cambio de actitud hacia el agresor. Para valorar este criterio es necesario conocer los entresijos del proceso abusivo, la dinámica perversa que llega a establecerse entre el agresor y la víctima y las diferencias entre las tipologías o formas de abuso.

CBCA	Presencia de la unidad de análisis	Ausencia de la unidad de análisis
1. Estructura Lógica		
2. Elaboración inestructurada		
3. Cantidad de detalles		
4. Engranaje contextual		
5. Descripción de interacciones		

6. Reproducción de conversaciones		
7. Complicaciones inesperadas durante incidente		
8. Detalles inusuales		
9. Detalles superfluos		
10. Incomprensión de detalles relatados con precisión		
11. Asociaciones externas relacionadas		
12. Relato del estado mental subjetivo		
13. Atribuciones al estado mental del autor del delito		
14. Correcciones espontáneas		
15. Admisión de falta de memoria		
16. Plantear dudas sobre el propio testimonio		
17. Auto-desaprobación		
18. Perdonar al autor del delito		
19. Detalles característicos de la ofensa		

9.3. Análisis Funcional:

1. Antecedentes Históricos: Tienen que ver con la historia personal de cada sujeto. Wolpe y un discípulo de Meyer y Turkat, citados por Labrador y cols. (2000) señalaron a mediados de los ochenta la enorme importancia que tiene conocer la historia de la persona, pues este tipo de información es esencial en la formulación de casos clínicos, llegando a afirmar que es imposible abordar la complejidad del tratamiento del sujeto sin conocer alguno de estos aspectos.
2. Factores de Predisposición: Hacen referencia a aquellas variables de las que existe evidencia suficiente como para relacionarlas con la aparición de determinados problemas psicológicos.
3. Pautas de Crianza: Según Rueda (sometido a publicación) las pautas de crianza constituyen las costumbres, las ideas y creencias, las rutinas, las normas y los hábitos, la disciplina, que manejan los padres en su interacción con las necesidades de su niño. En esta definición de pautas de crianza cabe aquellos patrones de manejo que desarrollan los padres desde que el bebe nace, y en la medida en que va creciendo, y sus necesidades van cambiando.

4. Creencias: Las creencias contribuyen a la representación que las personas hacen del mundo social y de sí mismas (Martínez y Ballesteros, 1998).
5. Conducta Verbal: Según Martínez y Ballesteros (1998), la conducta verbal se puede reconocer por ejemplo cuando estamos alterados, pues el tono de voz se eleva. La conducta verbal se expresa cuando decimos algo a través de palabras. (Martínez y Ballesteros 1998, p. 143).
6. Conducta No verbal: El ejemplo más significativo para entender la conducta no verbal son los gestos. Según Martínez y Ballesteros (1998), hay patrones de respuesta que son universales y también hay patrones de respuesta propios de cada quien.

Categoría Funcionales de Abuso.	Presencia de la unidad de análisis	Ausencia de la unidad de análisis
Anaya, López, Martínez y Rodríguez Cely (2002)		
1. Antecedentes Históricos		
2. Factores de Predisposición		
3. Pautas de Crianza		
4. Creencias		
5. Conducta Verbal		
6. Conducta No verbal		

9.4. Criterios de la Lista de Validez:

Criterios de validez: Para alcanzar una conclusión definitiva respecto a la validez del testimonio se deberán aplicar los criterios de validez a los resultados obtenidos del CBCA, (Raskin y Esplín, 1991). Es decir que se llegará a una valoración final tras aplicar la totalidad del método, la cual se deberá realizar en términos probabilísticos a través de una estimación cualitativa estimativa que permitirá establecer los siguientes grados de credibilidad: Altamente creíble, Creíble, Indeterminado, Increíble, Altamente increíble.

11. Concepto Final

En este aparte el perito consigna aquellos elementos, presupuestos sobre la presunta víctima y cómo ella afrontó dicha situación de abuso, manteniéndose o saliendo de la conducta. Ya que afirmar que la presunta víctima fue abusada o no es una tarea que corresponde principalmente al fiscal o juez de tarea. El perito psicólogo debe consignar solo aquellas conclusiones y aquellos puntos que sean relevantes para la autoridad judicial que requiere del peritaje y para la posible víctima de abuso sexual. Esto se realiza contrastando aquellos datos encontrados en la entrevista con la historia clínica del entrevistado. Si el perito desea, y si la Institución así lo requiere este concepto puede ser corroborado por otros profesionales antes de ser entregado a las autoridades judiciales que lo requirieron.

El informe final debe incluir: Solicitud o motivo de consulta, antecedentes del caso, relación de los procedimientos y técnicas de evaluación, resultados obtenidos, evaluación del profesional, conclusiones y recomendaciones.

4. PAPEL DE LA MEDICINA FORENSE

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

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

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

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

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

El examen forense que se debe realizar para llegar al dictamen médico-legal, es según Giraldo (1984), un proceso complejo, puesto que abarca varias áreas entre las cuales se encuentran: el diagnóstico de la violencia una vez demostrado el acceso carnal, que se logra con una inspección completa de la víctima de la violación; cuando el acceso carnal fue violento, son constantes algunas huellas; frecuentemente hay equimosis (moretones) en la cara interna de los muslos, pues la separación violenta de éstos hace que sangre fácilmente el tejido subcutáneo; en la misma horquilla vulvar puede haber desgarros en diversa intensidad que comprometen hasta el periné, llegando a veces desde la horquilla vulvar al esfínter rectal; suele también encontrarse algún signo de violencia en vecindad de las glándulas mamarias, y otras veces alrededor de la boca de la víctima. En algunos casos la víctima logra morder al victimario e imprime su arcada dental en éste, hecho que permitirá identificar al agresor. Puede haber otras formas de violencia física más severas, que permiten señalar lesiones personales y secuelas. La presencia o ausencia de signos de violencia ha de consignarse en el dictamen.

Según el tipo de abuso que se presente, el examen médico-legal que se realice será diferente.

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

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

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

El examen del acceso carnal requiere el estudio detallado de la membrana himeneal y del ano. Para realizar este proceso ha de hacerse una inspección de los genitales externos, y luego realizar un examen del himen. Lo usual es que cuando el himen es distendido en un acceso carnal, se desgarrar, dejando los bordes hemorrágicos durante los primeros cinco días, y congestivos entre los cinco y los diez días; después del décimo día lo corriente es que se cicatricen los bordes del desgarrar. El límite de los diez días es importante, porque los desgarrar ocurridos antes de ese tiempo se consideran recientes, mientras que los que han ocurrido hace más de diez días, se consideran desgarrar antiguos, ya que la cicatriz será igual a los diez días que a los diez años de ocurrido el suceso. (Giraldo, 1984).

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

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

Muñoz (1993), realiza una puntualización sobre el examen forense planteando seis patrones de diagnóstico principales: edad del paciente, lesiones personales, área genital, embarazo, contaminación venérea y perturbación psicológica.

Estos factores son útiles a la hora de diagnosticar un abuso sexual, pero en el momento de realizar una intervención se debe tener en cuenta otros aspectos.

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

Para el Ministerio de Salud (1996), la intervención desde las redes sociales, se constituye en una estrategia que posibilita la construcción de planes que buscan el fortalecimiento de la salud tanto individual como colectiva, la consolidación de los vínculos familiares, el fortalecimiento de los sociales, y la prevención y atención a esta problemática. Abordar el problema es una actividad compleja, ya que no solo requiere de trabajo exhaustivo con el niño y la familia, sino que también involucra la concepción que tenga cada médico, acerca del ASI, la cual influye en el tratamiento que se le de al caso. Por este motivo, es importante que el profesional sepa manejar esto de una manera eficiente, adoptando para dicho fin las siguientes actitudes y condiciones (COVAC, Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, 1995, citado por Franco, Sánchez y Jiménez, 1998):

- a. Aceptación incondicional: Se debe prestar una atención calurosa y receptiva, sin tener reservas ni prejuicios que impliquen juicios de valor hacia el niño y la familia.
- b. Congruencia: Se Debe ser auténtico con los sentimientos y actitudes propias con respecto al testimonio de las víctimas.
- c. Comprensión empática: El profesional debe desarrollar habilidades para percibir los sentimientos que experimentan los niños abusados, eso sí sin perder su propia referencia.

- d. Se debe propiciar un ambiente de respeto, cordialidad, confianza y calidez.
- e. Se debe mantener una actitud reflexiva y sensible ante las víctimas de ASI y sus familias, ya que en varios casos estos se limitan a aplicar una solución técnica, sin tener en cuenta los sentimientos de los niños y de las familias que han vivido una situación traumática.
- f. El médico debe realizar una revisión que permita detectar lesiones físicas causadas por el agresor. También debe conocer sobre el abuso y sus consecuencias físicas y emocionales para no confundir la causa del problema con otro síntoma orgánico. El médico debe explicarle a la víctima qué se hará, cómo se hará, y para qué se hará; para no violentarla.
- g. En la esfera emocional-afectiva, es importante realizar una valoración médica y psicológica.

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

4. PAPEL DEL DERECHO

Con el fin de ubicar la labor que actualmente desempeñan los abogados, con respecto al abuso sexual infantil, es necesario tener en cuenta la protección que se le proporciona al menor, los derechos sexuales en general y el proceso legal que se sigue.

Para comenzar, se tendrá en cuenta lo expuesto por Robledo, Garcés y Palacios (1999) en el cuaderno “Hacia una Política de Protección de la Niñez” con referencia al código del menor, que inicialmente se dirigía a la protección de los niños en situaciones difíciles. En 1991, con la nueva constitución política de Colombia, y la convención de los derechos del niño, la perspectiva cambia suponiendo una nueva concepción social, cultural y política de la niñez, llamada “Doctrina de la Protección Integral”, cuyas características se presentan a continuación:

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

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

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

Igualmente, es importante tener en cuenta los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, contemplados en el título IV del Nuevo Código Penal Colombiano (2000):

**De la Violación*

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

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

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

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

**De los actos sexuales abusivos*

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

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

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

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

**Disposiciones comunes a los capítulos anteriores*

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

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

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

**Del proxenetismo*

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

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

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

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

1. Se realizare en persona menor de catorce (14) años.

2. Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero.

3.- El responsable sea integrante de la familia de la víctima.

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

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

Art. 218 - *Pornografía con menores*. El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de seis (6) a ocho (8) años y multa de cien (100) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

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

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

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

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

En caso que la denuncia sea hecha en una estación o en una comisaría, igualmente será enviada a la oficina de admisión y registro de la fiscalía. La denuncia puede ser hecha acusando a un sujeto determinado; o bien, acusando a un desconocido. En este caso, le corresponde a la justicia seguir “en averiguación del responsable”. Una vez enviada la denuncia a la oficina de admisiones y registro, se hará una valoración del tipo de delito y se mandará a la unidad de previas y permanente, donde se determina si la denuncia amerita que se abra una investigación del caso.

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

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

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

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

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

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

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

5. PAPEL DEL SERVICIO SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

VI CONSIDERACIONES FINALES

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

- Ardila, C. & Valencia, O. (1999) Un Enemigo Conocido. Santafé de Bogotá: CedaVida, Fundación Social Colombiana.
- Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres. COVAC, UNICEF (1995). Manual sobre maltrato y Abuso sexual a los Niños. México, D.F.
- Biblioteca Jurídica Digital (1999), Legislación y Jurisprudencia. Editextos J.U. Ltda. Kimera
- Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1998). Boletín CRNV, 3 (No. 4).
- Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1999). Boletín CRNV, 4 (No.2).
- Nuevo Código Penal. Ley 599 de 2000. Colombia
- Fiscalía General de la Nación (1999) Modelo de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales. Santafé de Bogotá: Fiscalía General de la Nación
- Franco, M., Sánchez P.& Jiménez, M. (1998). Representación Social construida por el Médico en Torno al Niño Abusado Sexualmente. Santafé de Bogotá: (Tesis de Grado, PUJ)
- Giraldo, C. (1984) Medicina Forense, Medellín: Señal Editora.
- Glaser, D. & Frosh, S. (1997). Abuso Sexual de Niños. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ICBF, Ministerio de Salud, Subdirección de Protección, Procesos administrativos de Protección (1999). Estadísticas Menores Activos por Motivo de Ingreso. No. 17. Santafé de Bogotá.
- Ministerio de Salud (1996). Lineamientos Conceptuales de las Redes Sociales. Santafé de Bogotá.
- Muñoz, P. (1993). Problemas Comunicativos entre Fiscal y Víctimas de Violación que Favorecen la Impunidad del Delito. Santafé de Bogotá (Tesis de Grado, PUJ).

- Robledo, A. Garcés, M. & Palacios, C. (1999) Hacia una Política de Protección de la Niñez . Cuadernos de Reflexión 2; Santafé de Bogotá: Editorial Fundación Antonio Restrepo Barco.
- Slaikev, K. (1996) Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación. Mexico D.F: Editorial El Manual Moderno
- Soria, M. Y Hernández, J. (1994) El Agresor Sexual y la Víctima. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria
- Vargas, C. Vargas, E. y Mejía, S. (1995) Intervención en Casos de Abuso Sexual en Estado de Crisis. Vol. 2. Santafé de Bogotá: Editorial Presencia.
- Vargas, C. Vargas, E. y Mejía, S. (1995) Guía para la Detección Precoz del Abuso Sexual Infantil Vol. 3. Santafé de Bogotá: Editorial Presencia.