



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Franco, Alvaro; Ramírez, Luis
Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 45, núm. 1, enero-marzo, 2016, pp. 51-58
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80646457009>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Epistemología, filosofía de la mente y bioética

Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales

Alvaro Franco^{a,*} y Luis Ramírez^b

^a Director del Postgrado Psiquiatría Infantil – Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

^b Docente del Postgrado Psiquiatría Infantil – Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de agosto de 2013

Aceptado el 6 de julio de 2015

On-line el 4 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Abuso sexual infantil

Dilemas éticos

Decisión médico-legal

R E S U M E N

Objetivo: Revisar la literatura reciente en torno a los principales factores que generan las condiciones para la ocurrencia del abuso sexual de menores de edad y discutir las implicaciones ético-legales y algunos dilemas que este fenómeno genera.

Métodos: Se realizó una revisión de artículos publicados en los últimos 5 años y se presenta un caso hipotético paradigmático que genera algunos de los dilemas ético-legales de difícil resolución.

Resultados: Se integran las principales características del abuso sexual contra los menores y se ofrece una argumentación integral para manejar este tipo de situaciones.

Conclusiones: Considerando los referentes teóricos y los cursos de acción previsibles, permite concluir la importancia de individualizar cada caso y sus circunstancias, donde la prudencia y la objetividad clínicas, así como el conocimiento de la norma, se convierten en requisitos indispensables para un correcto proceder.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Child sexual abuse: clinical perspectives and ethico-legal dilemmas

A B S T R A C T

Objectives: In the review of the current literature, the main causing factors of the related conditions with child sexual abuse are the ethical dilemmas and legal implications.

Methods: A review was conducted on the classic literature on this topic. In this article some difficult paradigmatic cases are presented in which the hypothetical dilemmas were solved.

Results: The main characteristics of child sexual abuse enable us to have a better argument to address these situations.

Keywords:

Child sexual abuse

Ethical dilemmas

Decision

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: rancoz@yahoo.com, alvarofrancoz@gmail.com (A. Franco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.003>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusions: Taking into account the literature reviewed and predictable courses of action, it is concluded that it is important to take into account each individual case and its circumstances, and that prudence and clinical objectivity, as well as knowledge of the law, become essential requirements for proper action.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Se presenta una revisión teórica acerca del abuso sexual infantil en Colombia, ilustrada por la presentación de un caso clínico hipotético que recoge situaciones de usual presentación en la práctica clínica cotidiana, generándose la base para realizar una reflexión en torno al tema expuesto. El abuso sexual dentro de la familia, es la forma el maltrato infantil menos denunciado, donde los agresores suelen ser varones y en 8 de cada 10 casos son los padres, esposos o parientes, según lo referido por el Informe Mundial sobre violencia y salud de la OMS en 2004¹.

El conocimiento y la investigación de este tipo de delitos, está legislado en Colombia a través del Artículo 192 de la Ley 1098, Código de la Infancia y la adolescencia², en el Título II, Capítulo Único, de los procedimientos especiales cuando los niños, las niñas o los adolescentes son víctimas de delitos prevé, que: "...el funcionario judicial tendrá en cuenta los principios del interés superior del niño, prevalencia de sus derechos, protección integral y los derechos consagrados en los Convenios Internacionales ratificados por Colombia, en la Constitución Política y en esta Ley".

En esta misma Ley 1098, que adopta la Convención sobre los Derechos del niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de Noviembre de 1989, el Artículo 19 "...compromete a los Estados Partes a proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que lo tenga a su cargo".

La definición de violencia sexual para la Ley 1146 de 2007, en el suplemento de la Ley 1098 de 2006: "Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente" en Colombia³, se presenta en las Normas para la prevención de la violencia sexual, el Artículo 2. define: "Para efectos de la presente Ley se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor".

Con el objeto de presentar los conceptos a que alude este trabajo, el Título IV de los Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, del Capítulo Segundo de los Actos sexuales abusivos⁴, presenta las siguientes definiciones.

- El Artículo 208. Acceso carnal abusivo con menor de 14 años, como: "El que acceda carnalmente a persona menor de catorce¹⁴ años".

- El Artículo 209. Actos sexuales con menor de catorce¹⁴ años: "El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con personas menores de catorce¹⁴ años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales", adicionando el Inciso 2 do., que también constituye delito esta práctica con menores de catorce¹⁴ años, cuando se realice por medios virtuales o utilizando redes globales de información.
- Por último el Artículo 210. Acceso carnal o acto sexual abusivo 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".

En esta misma Ley, el Capítulo Tercero, Artículo 211. Se establece las Circunstancias de agravación punitiva, que aumentan la pena cuando:

1. La conducta se cometiere en 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 doce¹² años;
5. Se realizare sobre el cónyuge o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo;
6. Se produjere embarazo.

El Artículo 212. Acceso carnal. Se entenderá como 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.

Esta normativa corresponde al Nuevo Código Penal y de Procedimiento Penal, Ley 599 de 2000 y Ley 906 de 2004 del Nuevo Sistema Penal Acusatorio en Colombia.

Al amparo de esta norma se han constituido los organismos nacionales y las estrategias para la veeduría, prevención, atención y sanción del abuso sexual contra cualquier menor de edad, entendido como menor de edad a toda persona que tenga menos de 18 años, que los niños y niñas tengan entre 0 y 12 años y por adolescente toda las personas entre los 12 y los 18 años, en el territorio colombiano⁵.

Metodos

Se realizó una búsqueda de los estudios sobre el tema en las bases de datos disponibles y se consultó la normatividad de carácter no vinculante y la legislación Colombiana (vinculante). En la estrategia de búsqueda, en las bases de datos

Tabla 1 – Exámenes médico legales por grupo y año en presunto delito sexual

Año	0-4	5-9	10-14	15-17	Total: M/H	Total delitos	%
2011	2.872	5.863	8.297	2.585	19.617	22.597	86.8
2010	2.796	5.220	7.037	2.265	17.318	20.142	85.9
2009	2.939	2.585	7.317	2.397	21.177	21.288	85.6
2008	2.471	5.025	6.454	2.170	16.120	21.202	76.0
2007	2.413	4.751	6.117	2.072	15.353	20.232	75.9
Total	11.078	18.693	29.105	9.417	74.232	84.229	82%

Fuente: Instituto N. Medicina Legal y CF, Colombia: Forensis. Datos para la vida. Años 2007/08/09,10 y 2011.

se emplearon los siguientes términos (MeSH): sexual abuse and childhood, [MeSH], Children Abuse and Neglect [MeSH] y Psychotherapy and sexual abuse [MeSH]. PubMed: se relacionaron los términos mencionados y se obtuvieron 118 artículos, de los cuales 45 eran pertinentes para el tema. Cochrane: se obtuvieron 22 artículos relacionados con el tema. Además, se revisaron las referencias de los artículos seleccionados en la bibliografía disponible. Se presenta un caso ilustrativo.

Dimensión del problema

El abuso sexual infantil, ha sido definido por diversas instituciones e instancias⁶ como una forma de maltrato infantil en la que cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, tengan como efecto la privación de la libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificultan el óptimo desarrollo de los menores.

En este mismo compilado se presenta la definición que propone la Organización Mundial de la Salud, para la cual el abuso sexual infantil (ASI) se entiende como “una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o también que viola las normas o preceptos sociales. Los menores pueden ser abusados sexualmente tanto por adultos como por otros menores que tienen- en virtud de su edad o estado de desarrollo- una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima, con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona (o a un tercero)”.

De los informes periciales sobre presunto delito sexual en menores de edad realizados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia⁷, se puede establecer que el delito sexual en los escenarios familia, pareja y amigos, se concentra el 50.06% de las denuncias y la ocurrencia de este fenómeno es la vivienda y un familiar cercano o conocido de la familia es comúnmente el presunto agresor, lo que en suma pone en evidencia que es al interior de la familia donde ocurren más del 50% de estos hechos.

Revisados los últimos cinco años (Ver [tabla 1](#)), los grupos etareos de niños y niñas con informes periciales en el delito sexual para las edades entre 0 y 17 años, representan en promedio para el delito sexual, el 82% del total de los casos denunciados, encontrándose que el grupo donde con mayor frecuencia ocurre el presunto delito sexual está entre los 0 y los 14 años en el 79.2% del quinquenio revisado y con

progresión anual sostenida, siendo el año 2011 en el cual hubo el mayor número de denuncias y dictámenes periciales por presunto delito sexual.

En el escenario familiar algunos de los factores coadyuvantes para la ocurrencia del presunto delito sexual⁸ son predominantemente el silencio y complicidad de las redes sociales y familiares, quienes asumen como natural y normal estos actos contra los menores; por lo tanto la denuncia, los daños, las secuelas y las sanciones están sub registradas. Se observa en las series de datos, coincidencias significativas como: 1) la edad de mayor vulnerabilidad para el abuso está entre los 10 y los 14 años de edad y en el grupo de las mujeres, 2) coincide el elevado número de denuncias para los diferentes organismos: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto de Medicina Legal (INMLyCF), Unidad de delitos sexuales de la Fiscalía General de la Nación (FGN) en el mismo grupo de edad, 3) revisado el quinquenio es el mismo grupo donde se observa la mayor incidencia de denuncias y dictámenes sobre presunto delito sexual y 4) no obstante la normatividad vigente en Colombia⁹ es un grupo de población donde la ocurrencia del hecho está íntimamente ligado con la aparición de los caracteres propios de la sexualidad y el desarrollo de la personalidad en una etapa crítica para la trans laboración del significado, y simbolización interior y social de la corporalidad y de la perspectiva de género, además de ser violatorio de los derechos fundamentales suscritos y vigentes tanto a nivel nacional como internacional, respecto de la libertad y formación sexual de todos los menores de edad.

La sexualidad como construcción social no ha tenido suficiente investigación en América Latina ni para las ciencias sociales ni las humanidades, encontrándose diversos mapas acerca de la experiencia y expresión sexual, donde la masculinidad con sus expresiones de poder universalizadas asociadas a la sexualidad están fuertemente representadas, admitidas y permeadas por la estructura familiar y cultural, medios estos que refuerzan valores diferentes y distintivos para el género masculino y femenino, y por lo tanto las pautas de crianza están diseñadas para alcanzar estas diferencias¹⁰.

El abuso sexual hacia los menores de edad como una expresión de la violencia doméstica, tal como se puede observar en las estadísticas presentadas, constituye un problema de salud pública que ocurre predominantemente al interior de la familia mediante la expresión de conductas violentas dirigidas frecuentemente hacia los menores, las cuales están relacionadas con la desestructuración del hogar, la obligada actividad laboral de la madre, la intrusión de la familia extensa, la presencia de una nueva pareja, el ejercicio de la violencia como método educativo y algunos patrones culturales. Por ejemplo

desde la observación empírica, en la zona andina de Colombia, para los estratos medios y altos se estima como habitual que a los niños se les forme en el valor de la intimidad desde los 5 o 6 años, en cuya edad empieza el niño(a) a bañarse solo y sus padres a cambiarse de ropa con la puerta cerrada. De esta manera hay coherencia con pautas de enseñanza como: "tú no te debes dejar que te miren ni te toquen (el pipi... la colita... la cuquita, etc.) ninguna persona". Si los padres muestran vínculo entre lo que le indican a sus hijos y sus propias actitudes de privacidad, estarán fomentando estos valores y en caso contrario cuando no las demuestran, crearán sentimientos de confusión frente a la sexualidad como algo privado.

La comunicación analógica y digital abiertamente obscena de comportamientos sexuales agresivos u ofensivos, consentidos o no y cuyo espectro continúe con actividades como toques erotizantes o erotizados, manoseos o introducción de cualquier objeto en cualquier orificio corporal, observar actividades eróticas o cualquier otra conducta de exhibicionismo de alguno de los padres, participación de los niños para la producción de imágenes con claro interés pornográfico, o el incesto, la violación y el homicidio en contextos sexualizados, son escenarios y condiciones propiciatorias para el abuso sexual, como lo muestran los medios informativos¹¹.

Abuso sexual infantil

El Informe Mundial sobre Salud y Violencia elaborado por la OMS en el año 2000, alude a la violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo"¹².

Se considera como acto sexual abusivo cualquier actividad con un menor, quien no tiene la edad para otorgar o consentir legalmente ninguna práctica sexual, o cuando este se produce para la gratificación sexual de un adulto o de un menor sustancialmente mayor. Estas actividades abarcan, contacto oral-genital, genital-genital, genital-rectal, manogenital, mano-rectal, o mano-senos. También incluye forzarlo a ver anatomía sexual y mostrar pornografía a un niño o usarlo en la producción de pornografía¹³. Cuando el adulto que comete este delito tiene lazos caracterizados por parentesco o consanguinidad, se denomina incesto.

Vulnerabilidad y abuso sexual: La Convención Internacional de derechos de la infancia reunida por la UNICEF en 1989, considera que los menores de 18 años requieren de cuidados y protección especial que los adultos no necesitan, reconociendo de esta manera la condición de vulnerabilidad del menor¹⁴.

De hecho los niños son población vulnerable, por ende cualquier actividad que por acción o negligencia viole sus derechos básicos o que niegue sus oportunidades de desarrollo y recreación, son situaciones abusivas.

Algunos niños tienen ciertas características que los hace más propensos a ser abusados sexualmente entre las cuales se puede destacar el provenir de estructuras familiares socialmente deprivadas y desorganizadas. La disfunción marital,

evidenciada por separación parental y violencia doméstica, está asociada con mayor riesgo de abuso sexual.

Otras características como el atractivo físico, el temperamento o la madurez física podrían aumentar el riesgo¹⁵. También se ha observado que son más frecuentemente víctimas, los menores con trastornos profundos del desarrollo (autismo); discapacidad cognitiva (retardo mental) y sensorial (invidentes)¹⁶⁻¹⁸, pues quien perpetra el acto asume que no va a ser denunciado, condiciones del menor que agravan la sanción al perpetrador.

Algunos investigadores establecen la relación que existe entre los problemas de conducta del adulto y el probable abuso sexual del cual fueron víctimas en su niñez. Describen que este adulto tendrá más riesgo de tornarse violento y abusivo con sus niños, que otro adulto que no hayan sido víctimas de abuso sexual¹⁹. En estos victimarios se han hallado frecuentemente síntomas como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, el abuso de sustancias, disfunciones sexuales con la pareja, miedo a la intimidad, trastornos disociativos, bulimia y personalidad límite. Se dice que dentro de los pacientes femeninas en control psiquiátrico, del 36% a 51% sufrieron algún tipo de abuso sexual²⁰⁻²².

Si se compara el abuso sexual con otras formas de maltrato infantil, este último conlleva generalmente sentimientos de culpa y vergüenza para el niño o la niña. Estos sentimientos generan mecanismos para sobrellevar la experiencia del abuso, uno de los cuales se conoce como "El Síndrome de Adaptación" descrito por Ronald Smith²³, quien describe cuatro fases por las que atraviesa la víctima: guardar el secreto ante la impotencia sentirse desamparado, luego pasa al entrapamiento donde el perpetrador lo amenaza, sigue con la llamada revelación no convincente y por último viene el retractarse.

La víctima habitualmente pone en práctica estrategias de habilidades adquiridas de manera temprana en la familia, con el fin de asimilar las presiones, amenazas y chantajes del perpetrador. Estudios clínicos evidencian un patrón de conducta típico, que permite la supervivencia inmediata del niño o niña dentro de la familia o dentro del medio en el que el abuso está ocurriendo^{24,25}.

Ningún menor, está preparado para la posibilidad de ser víctima de maltrato y mucho menos de abuso sexual, entonces lo usual respecto de estas agresiones es que las mantengan en secreto por años, en especial cuando esta se ha acompañado de seducción y amenazas con las consecuencias agravadas en caso de que hablen denunciando los hechos. El secreto es la fuente del miedo y de la promesa de seguridad. El agresor suele sostener ante la víctima: "todo estará bien mientras no se lo digas a nadie"^{22,26}.

En este punto es importante la psicoeducación en el hogar en torno al valor de la intimidad y la explicación a los niños y niñas que existen personas dentro y fuera del núcleo familiar, que pueden cometer actos abusivos, es decir, desde mirar o conductas exhibicionistas como exponer sus genitales, hasta violar.

Indicadores clínicos de Abuso sexual

En la etapa aguda se pueden encontrar dificultades para andar o sentarse, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada,

escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de muslos y de rodillas, eritema, erosiones y/o petequias en región intraoral, hematomas por succión en cuello y/o mamas, hemorragia genital o rectal, vulvitis y vulvovaginitis (dolor, picazón, inflamación y/o flujo), enfermedades de transmisión sexual (ETS) no adquiridas por vía perinatal, embarazo, disuria, defecación dolorosa, dolor abdominal, prurito genital o anal, dilatación himenal > 5-6 mm, rupturas de himen y dilatación anal refleja >15 mm, entre otros²⁷.

El abuso sexual es la forma de maltrato que más interfiere en la vida del menor y puede originar gran cantidad de alteraciones mentales. Hasta un 64% de niñas abusadas tiene un diagnóstico psiquiátrico siendo los más comunes: trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad, TDAH, depresión, reacciones fóbicas, déficit intelectual y social. Entre las alteraciones del sueño son frecuentes las pesadillas y el insomnio¹⁵. El trastorno de estrés post traumático (TEPT) pertenece a la categoría de los trastornos de ansiedad, en el que las quejas somáticas ocurren en especial como resultado de este estrés post trauma^{15,28}. Consiste en un grupo de síntomas que se desarrolla con un período de latencia variable, después de un acontecimiento que está por fuera de los márgenes usuales de la experiencia humana y que normalmente genera un sentimiento de intenso temor en la infancia^{29,30}. El estrés postraumático crónico se asocia en primer término al abuso sexual en la infancia y en segundo a la muerte repentina de un ser querido³¹.

En una revisión sistemática publicada por De Venter³², se encuentra el abuso sexual infantil en la depresión, ansiedad, violencia intrafamiliar y abuso de sustancias. Algunas variables pueden potenciar el carácter lesivo del suceso traumático: cercanía en la relación entre la víctima y el agresor; abuso dentro del hogar, siendo 12.27 veces más elevado el riesgo de intento de suicidio si el perpetrador fue el padre³³, repetición y cronicidad. Surge un cuadro clínico cuyos síntomas moldean el desarrollo ulterior del niño. Su evolución a largo plazo es incierta, pero hay factores que pueden tanto predisponer al niño como protegerlo: presencia de condiciones psiquiátricas preexistentes, grado de desarrollo cognitivo y madurez del niño, grado y duración del acontecimiento traumático, naturaleza del trauma y presencia o ausencia de soporte familiar³⁴.

El TEPT causa serios problemas para el desarrollo social, educacional y biológico; con dificultades para el procesamiento social y con niveles extremos de ansiedad que interfieren en el aprendizaje escolar³⁵.

Después del abuso sexual se observa que las víctimas permanecen deprimidas, con sentimiento crónico de daño permanente. En pacientes internados, el 70% tenía un trastorno depresivo mayor, además hay incremento de la agresión hacia los padres que se manifiesta con enojo y pobre control de impulsos.

Otras áreas comprometidas son el comportamiento sexual y el rol de género, sobre los que el factor coercitivo y la actividad sexual atemorizante tienen un impacto en el desarrollo psicosocial del niño. Pueden buscar contactos sexuales para obtener placer, dominar el trauma y tener dificultades para diferenciar las relaciones afectivas de las sexuales. Hay erotización en el período preescolar, aunque también puede optarse por evitación exagerada del estímulo sexual. Las niñas tienen dificultades para identificarse con el rol femenino y

los hombres se involucran cuatro veces más en actividades homosexuales.

En las personas abusadas sexualmente en la infancia son más frecuente la presencia de intentos de suicidio y depresión como consecuencias de una pobre autoestima, sentirse sucio y en general una desvalorización personal.

También aumenta la incidencia de trastornos del apetito, los que se encuentran relacionados con odio al propio cuerpo. Otras consecuencias son: fobias, ansiedad, trastornos psicosomáticos; problemas de relación social y sexual con otras personas y miedo a la intimidad e incapacidad para poner límites y autoafirmarse.

En el desarrollo de las relaciones maritales en la vida adulta, estos antecedentes tienen una profunda huella mnésica en la víctima, la cual se convierte en un interferente frecuente de relaciones sexuales saludables, facilitando el establecimiento de interacciones violentas, abusivas, de sometimiento, humillación, culpa y graves alteraciones emocionales en la víctima que pueden estar asociadas a presencia de disfunción sexual (dispareunias hasta las anorgasmias), lo que puede generar maltrato físico, sexual y psicológico.

Un modelo frecuente de caso en la práctica clínica, la combinación de Abuso sexual, maltrato físico e intento de suicidio:

Caso hipotético paradigmático

Catalina es una estudiante de 7° grado, 13 años de edad, quien 6 meses antes había salido de su casa sin permiso a una fiesta escolar, pese a la negativa de sus padres quienes la habían castigado de esta manera ante sus bajos resultados académicos. En esa ocasión y motivada por la rabia hacia sus padres, le comenta a un amigo suyo de 16 años que quiere vengarse de ellos... con lo que más les duele: teniendo sexo!!! Lo convence fácilmente de tener relaciones sexuales con ella. Al regresar a casa, su madre la golpea por haberse fugado de la casa.

Los dos meses siguientes presenta estado de gran ansiedad por temor a embarazo debido a su irregularidad menstrual, pues "se había desarrollado unos meses antes" cómo?. Por la situación con su madre, prefiere no contar en su casa acerca de su relación sexual, pero teme que se enteren, pues en su Facebook ya ha recibido mensajes que la califican de prostituta. Ante la situación estresante en el colegio y en su hogar, siente que su vida ya no tiene sentido y toma una sobredosis de acetaminofén que compró con el dinero de su asignación semanal. Media hora después al sentir mareos y dolor abdominal teme morir y llama a su mamá para que la lleve al médico.

Ingresa al servicio de urgencias por tentativa de suicidio (acetaminofén en cantidades no determinadas). De inmediato se monitoriza y le practican lavado gástrico con carbón activado y medidas de soporte vital (oxígeno, líquidos endovenosos, etc.). Durante el procedimiento le informa al médico de urgencias que ha decidido suicidarse por múltiples factores: "Camilo mi novio me abandonó por que se enteró en mi Facebook que había tenido sexo con Samuel un niño de 10°, pero por favor, no le cuente a mi mamá que ella no sabe, además voy perdiendo el año, ahora no tengo a nadie que me quiera, ni ilusiones con que vivir... así las cosas es mejor morir... déjame morir Doctor".

Situaciones dilemáticas frente a este caso

Existe una serie de dilemas éticos en este caso, como por ejemplo

1. ¿Se configura abuso sexual, a pesar de que “Catalina” fue quien consintió y busco tener la relación sexual? Frente a este dilema y de acuerdo a nuestra legislación no existe la menor duda, SI se configura abuso sexual pues aun siendo consentida la relación por ella se trata de una menor de 14 años. El art. 208 del CPC establece: “El que acceda carnalmente a persona menor de catorce¹⁴ años, incurrirá en prisión de doce¹² a veinte²⁰ años”.
2. ¿Tiene la madre derecho a golpear a su hija, justificándose por las fugas de la casa, el bajo rendimiento académico y la actitud hostil de su hija? El castigo físico es una práctica cultural extendida e incluso apoyada por personal médico con frases como “una buena palmada en un buen momento”. Precisamente se presenta situación de dilema pues al no dejar evidencia (equimosis y/o laceraciones de la piel) el médico queda ante la disyuntiva de denunciar por maltrato a esta madre o simplemente instruirla en que existe otro tipo de justicia diferente a la punitiva, esta es la reparativa en la cual los hijos tienen el derecho a equivocarse pero luego de lo cual deben pedir excusas, reflexionar sobre las posibles consecuencias de sus actos y hacer un acto reparativo. De acuerdo a nuestro Código Civil en su artículo 262. De la Vigilancia, corrección y sanción, los padres o la persona encargada del cuidado personal de los hijos, tendrán la facultad de vigilar su conducta, corregirlos y sancionarlos moderadamente”. Ante esta situación la Corte Constitucional en la sentencia C-371/94 expresa: “El uso de la fuerza bruta para sancionar a un niño constituye grave atentado contra su dignidad, ataque a su integridad corporal y daño, muchas veces irremediable, a su estabilidad emocional y afectiva. Genera en el menor reacciones psicológicas contra quien le aplica el castigo y contra la sociedad. Ocasiona invariablemente el progresivo endurecimiento de su espíritu, la pérdida paulatina de sus más nobles sentimientos y la búsqueda consciente o inconsciente- de retaliación posterior, de la cual muy seguramente hará víctimas a sus propios hijos, dando lugar a un interminable proceso de violencia que necesariamente altera la pacífica convivencia social.”
3. ¿El médico en el servicio de urgencias debe acceder a la petición de la paciente de dejarla morir, pues es voluntad de ella y así respetaría el derecho a la autonomía de la paciente? En el caso puntual se trata de una paciente menor de edad, su autonomía está limitada por lo tanto el médico debe considerar que la salud de la paciente es su primera responsabilidad y su deber es hacer por ella lo que este a su alcance por preservarle la vida.
4. ¿El médico debe preservar la confidencialidad o contarle los detalles a la madre de la paciente exponiéndola de esta manera a otra golpiza? Dilema difícil de resolver pues si se considera que debe proteger a su paciente y preservar su vida es posible que no lo haga, pero si hablamos que es una menor de edad y son sus padres quienes deben firmar los consentimientos para los procedimientos estos deben ser plenamente informados.

5. ¿La adolescente debe abortar o continuar con la gestación, con o sin la anuencia de los médicos, padres o tutores? Dilema este que es una inevitable consecuencia con la que usualmente debe lidiar, resolver, enfrentar y en últimas quedarse sola la mujer con una decisión que frecuentemente pone en riesgo su salud y su vida. La situación con gestantes adolescentes en Colombia, tiene múltiples consideraciones objetivas sobre el derecho sexual y reproductivo, los cuales han generado posiciones y textos de las altas cortes, así como de los grupos interesados en los temas de salud, demográficos y sociales.

Actualmente la tasa de embarazo adolescente en Colombia es del 19.5% y una de las tasas más altas del mundo³⁶ entre los países pobres, es decir, 4.697 niñas menores de 14 años fueron madres en 2012 frente a las 5,849 de 2011 y la mitad de quienes dejan el colegio dicen que el embarazo fue el principal motivo. Por este motivo solo se abrieron 337 procesos a través del ICBF. El gobierno destinará una suma cercana a los 250 mil millones de pesos, con el propósito de atender en los próximos 3 años este problema de salud pública, incidiendo en cuatro ejes: disminución de la deserción escolar; manejo del tiempo libre entre los jóvenes; y salud y educación sexual orientado hacia la educación en el hogar con los menores de 14 años para fortalecer su desarrollo y proyecto de vida.

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir, cita la Sentencia T-841 de 2011, de la Corte Constitucional³⁷, en la que se falló a favor de la suspensión voluntaria de la mujer a la gestación que ponga en riesgo fundamental la salud mental, médica y el riesgo reconocido de muerte de la madre gestante y del hijo de la adolescente e instó a todas las instancias correspondientes a prestar la ayuda necesaria, sin imposición de ninguna clase de barreras.

Los estudios en América latina ponen con suficiente evidencia médica y poblacional los múltiples riesgos a que se expone una adolescente, tanto durante la gestación como durante el parto para el binomio madre-hijo, sin tener en cuenta las consideraciones adjuntas a las dificultades en el proceso de crianza que pueda realizar una adolescente cuya madurez para esa actividad es aún incipiente.

En este mismo reporte se presentan los riesgos de padecer depresión acompañada eventualmente de ideación o intento suicida, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, abandono escolar y vulnerabilidad sociocultural mayor, muerte prematura por enfermedades ginecológicas o físicas, relacionadas íntimamente con la gestación en la adolescencia.

Por ello en concordancia con los acuerdos internacionales y la normatividad vigente, el interés prevalente de la adolescente, aún menor de 14 años, bajo estas circunstancias está por encima de cualquiera otra consideración moral, religiosa, cultural, de los médicos, autoridades e incluso de los padres, para decidir cuándo y cuántos hijos desea tener la mujer y no afecte sus intereses de desarrollo, bienestar personal, educativo, económico o laboral.

Es decir, se debe respetar bajo cualquier circunstancia la autonomía de la madre adolescente, siendo bioéticamente este un derecho fundamental.

Conclusiones

El abuso sexual infantil deja secuelas serias en los ámbitos psicológicos, biológicos y sociales de quien lo padece. Una intervención integral a la víctima y su entorno puede favorecer un mejor pronóstico, para lo que hay que tener en cuenta que no existen casos “puros” donde el abuso es la única entidad a tratar. Por lo tanto, dada la complejidad de las situaciones en las que habitualmente existe comorbilidad médica, factores sociales y familiares, se hace necesario por parte del médico actuar orientado bajo el principio de la prudencia, documentando plenamente el caso en la historia clínica y conociendo las implicaciones jurídicas de este, de modo que le permita una eficaz y completa intervención con la adolescente- paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. Ley 1146 de 2007. Normas para la prevención de la violencia sexual. En Código de la Infancia y de la Adolescencia Ley 1098 de 2006. Ed. Unión 2008.
2. Nuevo Código de la Infancia y de la adolescencia. Editora Unión. Bogotá Col. 2008.
3. Nuevo Código de la Infancia y de la adolescencia. Suplemento. Pág. 321. Editora Unión. Bogotá Col. 2008.
4. Nuevo Código Penal y de Procedimiento Penal, Ley 599 de 2000 y Ley 906 de 2004. Editorial Unión Ltda. 2008.
5. Art. 3ro: Sujetos titulares de derechos, En: Principios y definiciones de la Ley 1098 de 2006; Ed. Unión 2008.
6. Guías para la realización de pericias psiquiátricas o psicológicas forenses en niños, niñas y adolescentes presuntas víctimas de delitos sexuales. Versión 01 de Feb. de 2010. En: Protocolo de evaluación básica y guías complementarias en psiquiatría y psicología forenses. Compilado INMLyCF. Nov. 2012.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses: Forensis: Datos para la vida. Delito sexual años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011. En: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/4+3+violencia+intrafamiliar+forensis+2012.pdf/5997a36c-33b5-4a2c-a89a-5c999582c31d>
8. Protegiendo a la niñez de la violencia sexual. En Observatorio del bienestar de la niñez No. 2 ICBF. Edición 2. Dic. 2012.
9. Sentencia T 843 de 2011 En Corte Constitucional de Colombia: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-843-11.htm>
10. Balderston D, Guy D. Sexo y sexualidades en América Latina. Ed Paidós; 1998.
11. Jurado AM. Abuso sexual infantil y sus secuelas en la vida adulta. Interpsiquis. 2004. En: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2877>.
12. Forero LJ. Mujeres valoradas por violencia sexual física. 2004-2008. Forensis, Masatugó. 2010. En: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/48758/75959/PRESENTACION.pdf/745ec683-235f-4844-aa95-2419e72b51fc>.
13. Charles Felzen Johnson CF. Child sexual abuse. The Lancet. 2004; 364, 9432; Health Module, pg. 462.
14. UNICEF Convención sobre los derechos del niño en: <http://www.unicef.org/spanish/crc/>
15. Mullen PE. Long-term Effects of Child Sexual Abuse. Issues in Child Abuse Prevention. 1998:989-1011.
16. Balderian N. Sexual abuse of people with developmental disabilities. Sexuality and Disability. 1991;(4):323-35.
17. Sobsey, Dick (1994). Violence and abuse in the lives of people with disabilities: the end of silent acceptance? Baltimore u.a.: Brookes.
18. Morano JP. Sexual Abuse of the Mentally Retarded Patient: Medical and Legal Analysis for the Primary Care Physician. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2001;(3):126-35.
19. Brown J. Children Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(12): 1490-6.
20. Henderson CW. Women Sexually Abused as Children at Increased Risk of Developing Psychiatric Illness. Women's Health Weekly. 2000;(11):4-11.
21. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse in mental health. British Journal of Psychiatry. 2004;184(5):416-21.
22. White OA. Trauma por maltrato y revictimización en menores. Med Leg Costa Rica. 2003;20(2). En: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=ADOLEC&exprSearch=403748&indexSearch=ID&lang=p>.
23. Smith R. Social cognitions about adult male victims of female sexual assault. Journal of Sex Research. 1988;24(1). En: <http://jiv.sagepub.com/content/8/1/64.refs>.
24. Davies M, Pollard P, Archer J. Effects of Perpetrator Gender and Victim Sexuality on Blame Toward Male Victims of Sexual Assault. The Journal of Social Psychology. 2006;146(3). En: <http://jiv.sagepub.com/content/24/9/1564.refs.html>.
25. Davies M, Rogers P. Blame Toward Male Victims in a Hypothetical Sexual Assault as a Function of Victim Sexuality and Degree of Resistance. Journal of Homosexuality. 2008;55(3).
26. Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of child sexual abuse by adolescents: a qualitative in-depth study. J Interpers Violence. 2012;27(17):3486-513, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512445380>. Epub 2012 Jul 20.
27. Examen médico legal y recolección de elementos materiales probatorios o evidencia física. Reglamento técnico para el abordaje forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual. Instituto Nacional de Medicina Legal, Colombia. Pág. 47-72 Agosto 2006.
28. Balderian N. Sexual abuse of people with developmental disabilities. Sexuality and Disability. 1991;9(4):323-35.
29. Castillo RD, Haz Montaldo AM. Adultos resilientes al maltrato físico en la infancia. Ter Psicol. 2003;21(2):105-19.
30. Franco A, Piñeros S. Temas de Psicología Evolutiva y Psiquiatría Infantil. Tomo 1. U. El Bosque. 2005. Editorial Panamericana.
31. Cabinum-Foeller E, Frasier L. Bruising in children. The Lancet. 2005; 365, 9468; Health Module, pg. 1369.
32. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review Tijdschr Psychiatr. 2013;55(4):259-68.
33. Cankaya B, Talbot NL, Ward EA, Duberstein PR. Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. Can J Psychiatry. 2012;57(1):45-51.
34. Lu W, Yanos PT, Silverstein SM, Mueser KT, Rosenberg SD, Gottlieb JD, Duva SM, Kularatne T, Dove-Williams S, Paterno D, Hawthorne D, Giacobbe G. Public mental health clients with severe mental illness and probable posttraumatic stress disorder: trauma exposure and correlates of symptom severity. J Trauma Stress. 2013;26(2):266-73, <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21791>. Epub 2013 Mar 18.
35. Ramírez Luis. Trastorno por estrés postraumático, 4. Bogotá, Colombia: Revista de Neuropediatría; 2006, 2.

-
36. Consejo de Política Económica y Social (COMPES) En: <http://www.equidadmujer.gov.co/Noticias/2012/Paginas/120131a-CONPES-aprueba-plan-prevenir-embarazo-adolescente.aspx>
37. Grupo Médico por el Derecho a Decidir – Colombia (Red Global Doctors for Choice) El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos. Docto de posición Nov. 2012 En: <http://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/El-embarazo-adolescente-afectaci%C3%B3n-de-la-salud-y-garant%C3%ADa-de-los-derechos.pdf>.