

MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN CASOS DE ABUSO SEXUAL



SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡manos a la obra!

MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN CASOS DE ABUSO SEXUAL



DR. LUIS ALFREDO RAMOS BOTERO
Gobernador de Antioquia

DR. CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR
Secretario Seccional de Salud y
Protección Social de Antioquia

DR. HÉCTOR MANUEL QUIRÓS ARANGO
Director de Atención a las Personas

DORA MARÍA GÓMEZ GÓMEZ
Profesional Universitaria
Líder Proyectos Salud Mental

**SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**



Investigación y redacción
Mónica Álvarez Grisales
Claudia Jimena Salazar Trujillo
Victoria Eugenia Eusse Bernal
Contratistas Salud Mental
Protocolo de Atención por Psiquiatría
Juan Fernando Muñoz Ramírez
Contrato Interadministrativo SSSA-HOMO 2010SS160292

Concepto de prueba pericial
Jorge Fernando Acevedo Ríos
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

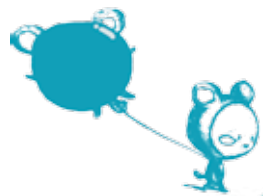
Revisión y ajustes
Antonio Nicolás Cruz Riaño
Médico de la Dirección de Atención a las Personas
Marina Hincapié Rivera
Psicóloga Contratista Salud Mental
Contrato Interadministrativo SSSA-HOMO 2010SS160292

Diseño y Diagramación
Isabel González Vega
Albeiro Ospina Patiño
Diseñadores Contratistas Salud Mental
Contrato Interadministrativo SSSA-HOMO 2010SS160292
Corrección de estilo
Verónica Jiménez Serna
Comunicadora Contratista Salud Mental
Contrato Interadministrativo SSSA-CARISMA 2010SS160293
Ilustración
Víctor Álvarez Ramírez

Primera edición: Marzo 2011
Impreso y hecho en Medellín, Colombia
Para efectos educativos se autoriza la
reproducción parcial o total del material
previa autorización de los editores.
ISBN

CONTENIDO

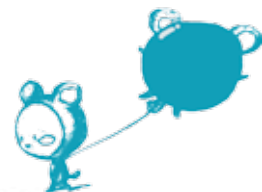
PRÓLOGO	6
PRESENTACIÓN	8
CONTEXTUALIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL	13
CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL	23
INTERVENCIÓN INTEGRAL INICIAL.....	31
INTERVENCIÓN COMPLEMENTARIA	71
REFERENCIA	96
ANEXOS	100
GLOSARIO	120





"Hemos de secar sus lágrimas y transformar
sus caras tristes en caras felices.
Hemos de encender la llama de esperanza
y un mejor mañana en ellos."

Begum Sehba Perwez Musharraf, Primera dama de Paquistán, 2005



PRÓLOGO



SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA), en coherencia con una de las competencias asignadas en la Ley 715 de 2001: adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que ha formulado y expedido la Nación, específicamente en la Ley 1146 de 2007; y de igual manera, con el compromiso institucional, legal y constitucional de garantizar la protección a los niños, niñas y adolescentes, brinda a todos los actores del Departamento la primera versión del Modelo de Intervención Integral en Casos de Abuso Sexual, en el sector salud, encaminado a contribuir al mejoramiento de esta problemática, con un enfoque preventivo y curativo que contribuya eficazmente a la disminución de la ocurrencia de la misma y a su intervención interdisciplinaria e intersectorial.

Este modelo hace parte de la “Propuesta de Intervención Integral en Salud Mental para el Departamento de Antioquia”, enmarcado en la Atención Primaria de Salud y desde la cual se promueven alternativas de intervención a las diversas formas de violencia con perspectiva psicosocial, que incluye la promoción del trato digno, la detección, prevención, atención con calidad y la vigilancia en salud pública y que busca enmarcarse en el modelo de



Atención Primaria en Salud que se dispondrá a partir de la Ley 1438 de 2011.

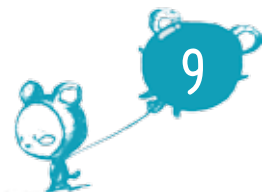
Mediante este modelo, la SSSA entrega los elementos centrales que desde el sector salud, deben incluir las intervenciones de la problemática del abuso sexual en el Departamento y lo focaliza no solo desde la intervención terapéutica, sino también desde la prevención, atenuando las secuelas, promoviendo prácticas relacionales basadas en el trato digno. Las acciones que se plantean en este modelo de intervención al abuso sexual, buscan que todos los y las profesionales que se involucren en este proceso, promuevan que las familias y las víctimas de abuso sexual, después de un adecuado proceso de intervención, superen de manera resiliente la experiencia traumática y la reorienten hacia el autocuidado y al logro de su proyecto de vida, insertándose de una manera sana y productiva a la sociedad.

Se retoman en el Modelo lineamientos contenidos en la Resolución 412 de 2000, en la “Guía de Atención al Menor Maltratado” que enfatiza en que los programas de prevención comunitarios en abuso sexual infantil, deben estar encaminados a crear conciencia de los factores que desencadenan el abuso sexual infantil resaltando en: Reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.

Con la publicación de este Modelo para el sector salud, la SSSA contribuye a que todos los actores del sistema involucrados tengan las herramientas conceptuales y normativas para el abordaje integral de la población afectada propiciando la construcción de una sociedad con mayor equidad y responsabilidad social garantizándoles a los niños, niñas y adolescentes un futuro mejor dentro de un entorno sano y protector.

CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR

Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



PRESENTACIÓN



SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA), ofrece el Modelo de Intervención Integral en Casos de Abuso Sexual como una contribución para la atención de esta problemática, tanto en la prevención como en la reparación.

El abuso y la violencia sexual son realidades presentes desde hace mucho tiempo en la humanidad y de las cuales la sociedad ha empezado a tener conciencia en los últimos decenios. Sus causas y consecuencias son diversas y complejas, por lo tanto su intervención requiere de múltiples y coordinados esfuerzos, el sector salud es una pieza clave en la cadena de intervención.

En el marco de los proyectos de salud mental de la Secretaría el abuso sexual se considera una práctica relacional que no se funda en un trato digno y que por lo tanto altera la salud mental, afectando la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano de quienes lo padecen. Mediante este modelo la SSSA ofrece los elementos centrales que deben acompañar las intervenciones desde el sector, focalizadas no solo en la atención, sino también en la promoción de unas prácticas relacionales que estén basadas en el trato digno y en la prevención y reducción de los daños.



El modelo se sustenta en la perspectiva psicosocial que reconoce que los sujetos se constituyen en un entramado relacional donde las fronteras de lo individual y lo colectivo se permean, para adentrarse en realidades complejas, contextuales y colaborativas. Por esto es posible pensar que el campo de la salud mental es una construcción que reconoce las problemáticas, pero también las soluciones a partir de saberes personales, comunitarios e institucionales.

La transformación social en cuanto la violencia y el abuso sexual infantil solo será posible cuando:

- *Los agentes o actores sociales logren consolidar una propuesta de trabajo clara, colectiva y coherente, en la que la protección y el respeto de los derechos de la niñez y la adolescencia sean acciones interiorizadas por toda la sociedad (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, 2007).*
- *Las personas responsables de la niñez (padres y madres de familia, docentes, profesionales de la salud, jueces, fiscales, comisarios de familia, etc.) entiendan que los seres humanos pasan por diferentes etapas en su desarrollo, las cuales se deben respetar y acompañar para lograr conductas adultas adecuadas y sanas.*
- *Exista claridad de que la violencia que vive desde hace muchos años la sociedad colombiana, es la consecuencia del abuso continuo a la infancia, soterrado, silencioso y permitido por todo el conjunto social.*

Las acciones que se proponen en el Modelo de intervención al abuso sexual buscan que los y las profesionales que se involucren en este proceso, promuevan que las familias y los afectados por el abuso sexual, puedan, después de un adecuado proceso de intervención, desarrollar potencialidades para cuidar y proteger su propia vida. Es decir, que logren transformar la



adversidad y encontrar nuevos caminos para resignificar su existencia, superar el lugar de víctimas y construir una nueva identidad, la de sobrevivientes.

En este sentido, debe continuar la formación de los y las profesionales del sector salud, para que se hagan cargo de la prevención, detección, intervención y notificación de situaciones de abuso sexual infantil, asunto central en el trabajo de salud mental.

El fortalecimiento del talento humano pretende que las instituciones creen programas de prevención del abuso sexual infantil, esta prevención debe estar orientada en dos sentidos:

El primero, quizás el más importante como factor preventivo, es la educación en el afecto, condición que permite que el niño y la niña adquieran, a partir de su familia, la autoestima requerida para defenderse de todas las posibles situaciones abusivas con las cuales deban enfrentarse en el transcurso de su vida.

El segundo, es la enseñanza directa de la prevención y autoprotección frente a situaciones de abuso. Aunque la seguridad y protección debe estar a cargo de las personas adultas, se sugiere proveer a niños, niñas y adolescentes de recursos que les permitan reconocer las situaciones de peligro y defenderse de ellas, aprendiendo a decir no, a diferenciar entre el afecto que no daña y el que daña, entre los secretos buenos y malos, a identificar claramente en cuáles personas adultas o pares puede confiar y a dónde puede recurrir en situaciones que atenten contra su integridad.

Las estrategias de educación para la salud mental deben ahondar en el reconocimiento de los factores de riesgo, los indicadores del abuso sexual infantil y la toma de conciencia frente a comportamientos de trato digno, protección, cuidado y conducta sana, responsable, afectuosa y respetuosa.

Las personas adultas que trabajen con niños, niñas y adolescentes en situación de abuso, deben poseer conocimientos sobre el tema y cualidades



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



personales que les permitan abordarlo, así mismo capacidad para brindar seguridad a quienes han vivido este tipo de situaciones y a sus familias.

Es importante mantener la calma, apoyar, mostrar aceptación y tranquilidad, tener la capacidad de estar ahí para ayudar, escuchar, creer en el niño, la niña y/o el adolescente y, principalmente, quitar la culpa y dar alternativas de solución, mostrando que el abuso es un hecho de la vida, pero no es la vida y que la ayuda disminuirá el dolor y la angustia, reparará la tranquilidad perdida.

En todo caso de abuso se debe hacer la remisión médica, psicológica y legal; igualmente es importante orientar a la familia o persona adulta protectora sobre las rutas de atención, el procedimiento de denuncia y la gestión de la medida de protección ante la entidad judicial responsable, de manera que el niño, niña y/o adolescente esté distante de la posible persona abusadora mientras el proceso tiene su curso.

Es necesario hacer seguimiento del caso para verificar la efectividad de las intervenciones, revisar y evaluar el efecto de las mismas y la eficacia de la actuación interdisciplinaria, así como del curso judicial y legal.





CONTEXTUALIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL

MARCO LEGAL



Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, promulgada en 1989, reafirma la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los niños y las niñas del mundo y conmina a los Estados parte a garantizarlos. En su Artículo 19 establece, de manera explícita, la obligatoriedad de proteger a cualquier niño o niña del maltrato, abuso y explotación (Cuadros, 2006).

Todos los Estados que se acojan a ella deben tomar medidas integrales en beneficio y protección de los derechos de la infancia, tales como:

- Bienestar social.
- Protección y cuidados necesarios.
- Instituciones especializadas para el cuidado de la niñez.
- Obligaciones de los padres, madres y/o representantes legales en la



crianza y desarrollo de niños y niñas.

- Asistencia apropiada a los padres, madres y/o representantes legales para el desempeño frente a la crianza.
- Protección de los niños y niñas contra todas las formas de explotación y abuso sexual (incitación o coacción a la actividad sexual ilegal, explotación en la prostitución, otras prácticas ilegales, explotación en espectáculos o materiales pornográficos).
- Medidas para la recuperación del menor, tanto físicas y psicológicas como de reintegración social.

Constitución Política de 1991

Este modelo se sustenta en lo dispuesto por la Constitución Política de Colombia, Artículos 44 y 45, en cuanto a los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes (vida, integridad física, salud y seguridad social, entre otros), la protección contra toda forma de abandono (violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos) y la prevalencia de estos derechos sobre los de los demás.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Ley 360 de 1997

En Colombia la Ley 360 de 1997 cambia el bien jurídico tutelado por la libertad y la dignidad humana en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), elimina las consideraciones morales y religiosas sobre los comportamientos sexuales de las mujeres (pudor, castidad), reorganiza los servicios de justicia y de salud para las víctimas y desarrolla el principio de equidad en la protección a los niños y las niñas (SSSA, 2010).

Establece que toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a:

- Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.



- Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- Acceder de manera gratuita a un servicio de orientación y consejería atendido por personal calificado.
- Acceder de manera gratuita a los siguientes servicios: examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; información adecuada y pertinente sobre la posibilidad de un embarazo no deseado y uso de la anticoncepción de emergencia; examen y tratamiento para el trauma físico y emocional; recopilación de evidencia médica legal, e información para acceder a la indemnización por perjuicios.

Ley de Infancia y Adolescencia

En el desarrollo de la Constitución se han expedido diferentes normas que propenden por la protección integral del niño, la niña y el adolescente. Es así como existe la Ley 1098 de 2006 que reconoce a esta población como sujeto de derechos y busca cambiar la imagen y percepción de la sociedad al promocionar su participación en la construcción de la vida individual y social, en un contexto de trato digno, integridad de derechos y corresponsabilidad con la familia y la sociedad (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007).

La Ley 1098 de 2006 establece, entre otros:

- ⊙ **Derecho a la integridad personal:** protección contra todo acto o conducta que puedan causar muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico.
- ⊙ **Derecho de protección:** contra la violación, inducción, estímulo, constreñimiento a la prostitución, explotación sexual y pornografía.
- ⊙ **Derecho a la salud:** atención integral en los servicios de salud.



- ⊙ **Obligaciones del Estado:** garantizar el ejercicio de todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes; asegurar la protección efectiva de los derechos vulnerados; prevenir y atender la violencia sexual, violencia intrafamiliar y violencia infantil; promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, y prestar especial atención a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo.
- ⊙ **Obligaciones de las instituciones educativas:** establecer mecanismos de detección oportuna y de apoyo en los casos de malnutrición, maltrato, abandono, abuso sexual, violencia intrafamiliar y explotación económica y laboral.
- ⊙ **Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud:** capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en los niños, niñas y adolescentes; igualmente, para denunciar ante las autoridades respectivas.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

PLANES DE BENEFICIO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la atención de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente está sustentada en referentes normativos básicos que se han ido desprendiendo de la Constitución y del Código de Infancia y Adolescencia, como la Ley 1146 de 2007 y los Acuerdos 008 de 2009 y 011 de 2010, emanados de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

La Ley 1146 del 2007 propende por la protección y atención integral de los niños, niñas y adolescentes, dispone que la atención en salud del abuso sexual es una urgencia médica y que las víctimas deben ser atendidas



independiente de su situación de aseguramiento en salud. Para efectos de definir el alcance de la atención es importante tener en cuenta la definición de urgencia establecida en el Acuerdo 008 de la CRES de 2009: “Es la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con cualquier grado de severidad que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.”

Con respecto a la alteración de la integridad física, tanto la Ley 1146 como el Acuerdo 008 de la CRES, especifican la atención de urgencia que debe ser brindada mediante el acto médico, lo que conlleva la anamnesis, la evaluación física, los exámenes de laboratorio necesarios, el tratamiento de las lesiones sufridas y las posibles enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.

En términos generales esta atención cubre todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la atención de urgencias del paciente, tanto para los afiliados al régimen contributivo como al régimen subsidiado. De igual manera expresa la obligación que tiene la institución que atiende el caso de recoger de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la cadena de custodia y enviarlas a los organismos competentes.

En relación con la alteración de la integridad mental es importante considerar el carácter de la urgencia en salud mental en casos de abuso sexual, tanto por el intenso estrés y el sufrimiento emocional producido, que puede incluso ser el inicio de una disfunción sostenida, como por la frecuente asociación que se ha documentado entre este tipo de eventos traumáticos y la presencia de ideación y conductas suicidas. (Kaplan and Sadock, 1985).

Lo anterior amerita la realización de intervenciones terapéuticas oportunas para prevenir en las víctimas consecuencias críticas permanentes o futuras, acorde a lo establecido en la normatividad vigente que contempla la



evaluación psicológica para detectar y diagnosticar riesgos vitales en las víctimas, relacionados con autoagresión, hetero-agresión o re-victimización. En relación con la atención de la urgencia queda claro que los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser atendidos obligatoriamente, siendo responsables de esta atención las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, en el caso que estén afiliados. Si se trata de pacientes no afiliados al SGSSS, serán atendidos de igual manera con cargo a los subsidios a la oferta por los entes territoriales respectivos, acorde al nivel de la atención brindada.

Una vez se hace el abordaje de la atención de la urgencia prosigue la atención en crisis que tiene una duración de treinta días y puede incluir consultas por psiquiatría y/o psicología, según el criterio del o de la profesional tratante, recomendándose dos sesiones semanales para lograr un total de ocho sesiones en el primer mes de tratamiento, las cuales están incluidas en los planes de beneficios para los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, tanto del contributivo como del subsidiado.

En esta fase de tratamiento también puede ser necesaria la intervención por trabajo social, la cual se realiza mediante el esquema de terapia de familia, estando incluida dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), para lo que se recomiendan sesiones de una hora, con un máximo de tres sesiones en los primeros treinta días de la intervención en crisis.

Posterior a este primer momento se debe desarrollar una fase terapéutica de continuación bajo el esquema de terapia grupal, actividad que hace parte de los planes de beneficios contributivo y subsidiado para los menores de 18 años y donde puede intervenir psiquiatría o psicología, bien sea en simultaneidad o en alternancia y en interacción con el grupo familiar o con el grupo de personas con significación afectiva o de apoyo para la víctima.

Las terapias grupales se recomiendan en sesiones semanales y en un número de doce, no teniendo límite en cuanto a la cantidad de sesiones dentro del



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



POS o POSS y con la ventaja de incluir al núcleo familiar dentro del abordaje terapéutico.

Las terapias grupales por psiquiatría y/o psicología deben ser complementadas con terapias de familia por trabajo social y sesiones socioeducativas, las cuales también hacen parte de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para los menores de 18 años, con ellas se interviene de manera integral la afectación vivida.

Una vez se logran los objetivos terapéuticos propuestos se procede al cierre del tratamiento, mediante una consulta final por psiquiatría y/o psicología, actividades incluidas en el POS y el POSS, en donde es importante la asesoría que se brinda al grupo familiar y en donde se hace la planificación del seguimiento con la adecuada contrarreferencia a otras disciplinas con actividades, procedimientos e intervenciones grupales o consultas especializadas.

Es importante tener clara la homologación de los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo en los menores de 18 años, según lo establecido en el Acuerdo 011 de la CRES, a fin de establecer los derechos en salud que tienen los menores de edad, incluyendo el abordaje terapéutico del abuso sexual en todas las fases de su tratamiento, resumidas en el siguiente cuadro:



ABORDAJE TERAPÉUTICO	ACTIVIDADES INCLUIDAS	PLAN DE BENEFICIO	RESPONSABLE PAGADOR
Atención de la Urgencia	Todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para el tratamiento.	POS y POSS.	EPS y EPSS.
Atención de la Crisis	Psicoterapia individual por Psiquiatría o Psicología	POS y POSS.	EPS y EPSS
Terapia de Continuidad	Terapia Grupal con intervenciones de Psiquiatría o Psicología	POS y POSS	EPS y EPSS
Cierre del Tratamiento	Consulta por Psiquiatría o Psicología	POS y POSS	EPS y EPSS
Seguimiento	Terapias grupales. Consulta Psiquiatría o Psicología	POS y POSS	EPS y EPSS
Promoción y Prevención.	Redes del Trato digno.	Actividades de Salud Pública.	Entes territoriales departamentales y municipales.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual que no se encuentran afiliados al SGSSS el tratamiento integral estará a cargo de los entes territoriales con recursos del subsidio a la oferta.



Es necesario enfatizar que el tratamiento integral en abuso sexual incluye la terapia de continuidad realizada con terapias grupales, las cuales están incluidas en los planes de beneficio de ambos regímenes sin límite de sesiones, por lo que se pueden presentar tratamientos prolongados de acuerdo con el criterio de los o las profesionales tratantes y la complejidad del caso.

Con base en lo anterior, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia exige a las instituciones que tienen en su portafolio de servicios este procedimiento una justificación fundamentada en medicina, basada en la evidencia y con la diferenciación específica de las ventajas terapéuticas sobre la terapia de continuidad, realizada mediante terapias grupales con la inclusión de la víctima y del entorno familiar, afectivo y de apoyo.

Las EPS, IPS, EPSS u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud.





CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL

Este apartado se encuentra dividido en cuatro partes, en la primera se hace una definición retomando lo planteado por la Resolución 412 del 2000 y la Ley 1146 de 2007, en la segunda parte se enunciarán los tipos de abuso sexual, para luego, en tercera instancia hacer una pequeña descripción de la dinámica relacional presente en situaciones de abuso sexual. Y por último, se enunciarán algunas posiciones posibles que se encuentran frente a la atención en los casos de abuso sexual, en esto se incluye, las acciones asumidas por familiares, personas cuidadoras y profesionales de los diferentes sectores encargados de la atención, como también, algunos casos que requieren una atención especial.



DEFINICIÓN DE ABUSO SEXUAL

Abuso sexual es todo acto de tipo sexual, con o sin contacto, entre un niño, niña o adolescente (persona menor de 14 años) y una persona adulta, hombre o mujer, o con adolescentes con los cuales se pretenden satisfacer las necesidades sexuales de la persona abusadora o de un tercero.



En este acto se encuentra una coerción física, psicológica o emocional, utilizando la fuerza y el poder, aprovechando la situación de indefensión generada por una relación de desigualdad entre la persona agresora y el niño, niña o adolescente (Ministerio de Salud, 2000). Es importante tener en cuenta que la Ley describe al menor de 14 años (niño, niña o adolescente) como posible víctima de este delito, independientemente de su consentimiento, ya que por su condición de menor no está aún en posibilidad de tomar decisiones responsables sobre su vida sexual.

Cuando la situación se da entre dos menores de 18 años se deben considerar los siguientes factores: si hay coerción o uso de la fuerza, si se presentan conductas sexuales inapropiadas para la edad y si la situación se da entre niños, niñas y adolescentes que no son pares en edad.

Es un delito que viola los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

TIPOS DE ABUSO SEXUAL

De acuerdo al contacto:

- ⊙ **Abuso sexual con contacto:** contacto físico con la boca, pechos, genitales, ano o cualquier parte del cuerpo de los niños, niñas y adolescentes.
- ⊙ **Abuso sexual sin contacto:** exhibición, masturbación en público, producción y exhibición de material pornográfico, observación cuando se visten o bañan, expresión de comentarios seductores implícitos o explícitos y realización de llamadas telefónicas obscenas. Todas estas acciones aunque no implican contacto físico repercuten en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.



De acuerdo al contexto:

- ☉ **Intrafamiliar:** ocurre al interior de la familia, por personas cercanas y apreciadas en el núcleo familiar, algunos autores lo denominan incesto.

- ☉ **Extrafamiliar:** realizado por personas ajenas a la familia, generalmente cuidadoras o personas completamente extrañas que utilizan a los niños, niñas y adolescentes con fines eróticos o comerciales. Se incluye en esta tipología el abuso sexual infantil en redes sociales de internet, conocido como grooming, el cual se caracteriza por el comportamiento deliberado de adultos que inicialmente establecen lazos de amistad con niños, niñas y adolescentes, casi siempre simulando ser de una edad similar o haciendo ofrecimientos para que sean modelos, y llegan hasta el ciber-acoso, el chantaje para la obtención de material pornográfico y el encuentro físico en el que se da el abuso directo (Klaassen).

Los abusadores sexuales incluyendo a los de las redes sociales de internet son muy hábiles para detectar si los menores tienen problemas afectivos, de relación social o de autoestima. Comienzan a llenar todos esos vacíos con promesas y palabras alentadoras, van obteniendo paulatinamente datos personales de sus víctimas e información de sus rutinas y costumbres. Luego desatan un supuesto juego que comienza con el envío de imágenes o fotos seductoras y pornográficas, luego trasciende a la invitación a realizar actos de naturaleza sexual frente a las cámaras y también a que envíen fotos o imágenes.

Además, es importante tener en cuenta que las personas pedófilas tienen grupos y comparten en red la información de sus bancos de datos, utilizándola además para efectos de comercio sexual.



DINÁMICA RELACIONAL EN EL ABUSO SEXUAL

El abuso sexual infantil ocurre usualmente en una interacción donde los niños, niñas o adolescentes quedan atrapados en una relación de desigualdad, pues la persona abusadora ha establecido una práctica relacional que les lleva al sometimiento y por lo tanto no se funda en un trato digno.

Algunos nombres que recibe este estilo de interacción son: fase de seducción (Barudy, 1998) o etapa de conquista (Escartin, 2006), la cual se da cuando la persona abusadora ofrece dulces o juguetes y participa en actividades donde la víctima empieza a sentirla cercana, de esta manera se gana su confianza, haciéndola sentir amada, especial y preferida.

Posteriormente, les aísla de sus referentes adultos, ya sea de manera física, buscando ambientes alejados donde no puedan ser interrumpidos o en tiempos donde las personas cuidadoras no estén, o por medio de discursos de sometimiento, miedo o engaño que hacen que la víctima se sienta atrapada en un conflicto de lealtades y confusiones, optando por quedar encarcelada en el silencio.

Es necesario resaltar que casi siempre las interacciones en este tipo de prácticas relacionales son continuas y la aproximación a las diferentes formas de contacto sexual es lenta pero progresiva. Las víctimas, aunque son vulneradas en su intimidad y privacidad, no lo perciben así solo hasta que los contactos causan dolor físico o es tan grande el malestar subjetivo que sienten la necesidad de contarlo de manera accidental o creando situaciones donde pueden hablar con alguien para evitar que se siga repitiendo. Al respecto Barudy (1998) plantea que la divulgación se da de dos maneras: accidental o premeditada.

Ante la revelación del secreto, el niño, niña o adolescente espera que se haga algo, pero esto puede despertar confusión en la familia y en las figuras



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



cuidadoras encargadas de brindar la protección. Estos sentimientos se generan porque las personas adultas se ven enfrentados a tomar medidas definitivas para proteger a la víctima, pero cuando las cuidadoras han vivido en dinámicas interactivas donde la representación social de la infancia es que los niños, niñas y adolescentes son objetos de las personas adultas, o se piensa que lo ocurrido en los primeros años de vida no es importante o se olvida, se suscitan acciones que no van a estar dirigidas a cuidarlos.

En otras palabras, la revelación exige de las personas cuidadoras acciones nuevas y contundentes para demostrar al niño, niña o adolescente que son dignos de cuidado y de protección; muchas veces la situación supera los recursos con los que cuentan y por esta razón se ven en la necesidad de buscar ayuda y uno de los primeros recursos es el sector salud. Pero también hay casos en que la familia no haya hecho nada para evitar que el abuso se siga repitiendo, ante estas situaciones la intervención es más compleja y requiere mayor atención porque serán los sectores de la salud, la justicia y la protección los encargados de tomar las medidas para garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes estén seguros.

En este punto es necesario señalar que en el ámbito familiar esta violencia es invisible, silenciosa y por lo tanto difícil de abordar. La posición de dependencia de los niños y niñas, la concepción tradicional de autoridad de los padres y madres (incluyendo los castigos físicos y humillantes como formas de educar), la restricción frente a la intervención de la privacidad del ámbito doméstico, la creencia errónea de la poca confiabilidad de los testimonios infantiles, entre otros aspectos, se consideran enormes barreras a la hora de detener el ciclo de violencia dentro de los hogares, lo que a su vez dificulta el trabajo en cuanto a las situaciones de abuso sexual (Cuadros, 2006).



PERSPECTIVAS FRENTE AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Cualquier experiencia de maltrato en un niño, niña o adolescente dejará secuelas que afectarán su adecuado desarrollo si no se interviene con claridad, coherencia, continuidad y oportunidad. Pero las acciones de intervención se pueden ver obstaculizadas por las concepciones que tienen sobre el abuso sexual los padres, madres, docentes, personas cuidadoras adultas y profesionales encargadas de la atención en general, las concepciones más comunes son:

- ⊙ **Invisibilización o trivialización:** es la tendencia a pensar que el abuso sexual no tiene efectos en la vida de las personas que lo viven, que es cotidiano, les pasa a otras personas, o que si pasa no es un asunto tan significativo como se quiere hacer parecer. Esta posición se entenderá con mayor amplitud cuando se conozcan los factores de riesgo o vulnerabilidad a nivel socio-cultural y familiar.
- ⊙ **Transmisión trans-generacional:** son los casos en que las experiencias de abuso sexual se han presentado durante varias generaciones de una familia, lo que altera las acciones de cuidado y protección que se deben tener cuando se presenta el abuso.
- ⊙ **Victimización:** es la estigmatización que surge como resultado de la concepción de que las personas que han vivido situaciones de abuso, adquieren una marca negativa que las acompañará por el resto de su vida, generando una identidad caracterizada por la devaluación y el dolor.
- ⊙ **Casos de confusión o separaciones traumáticas:** son los casos en los que se inventa una situación de abuso sexual, en el que se presiona al niño, niña o adolescente, aprovechándose de la dependencia emocional y manipulándolo afectivamente; se le obliga a construir una realidad que



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



no se vivió (abuso), distorsionando su sano desarrollo emocional. Con lo anterior se busca descargar emociones negativas que afectan usualmente a la pareja con la cual hay muchas situaciones afectivas sin elaborar. Por último, se hace necesario resaltar que aunque en algunos casos la situación de abuso no se presente, sí hay un maltrato psicológico y por lo tanto requiere su intervención, pues con éste se está poniendo en alto riesgo la salud mental de quienes lo padecen.

- © **Otros tipos de falsas denuncias:** los y las profesionales que trabajan con situaciones de abuso, han detectado casos en los que adolescentes, especialmente mujeres, acusan a un adulto de abuso sexual porque tienen dificultad en las relaciones interpersonales con él, como una manera de vengarse o complicarles la vida. Como en los casos anteriores, si bien puede que no se presente abuso sexual, es necesario indagar cuáles son las dinámicas relacionales y subjetivas que están motivando que la situación antes descrita se presente y se requiere que se atiendan para intervenir oportunamente, pues dan cuenta de una situación donde la salud mental se encuentra comprometida.





INTERVENCIÓN INTEGRAL INICIAL

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN

Los puntos que se plantean a continuación son tomados de las recomendaciones planteadas por la doctora Isabel Cuadros (2002) y deben ser transversales a todos los niveles de atención en el sector salud y en los otros sectores comprometidos con la intervención en los casos de abuso sexual.

- Tratamiento integral para la víctima y toda la familia.
- Tratamiento interdisciplinario, con diferentes técnicas, siempre que estén justificadas desde el criterio clínico de los profesionales, lo que implica un soporte teórico y científico riguroso.
- Tratamiento basado en el juicio ético de los profesionales.
- Coordinación intersectorial.
- Reconocimiento de un impacto social que va más allá del daño a la víctima.
- Confidencialidad.
- Reconocimiento de los límites y la seguridad del personal terapéutico.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PROMOCIÓN CONTRA EL ABUSO SEXUAL

La promoción de unas prácticas relacionales fundadas en el trato digno implica que el sector salud se articule y trabaje en red con los otros sectores que intervienen en los casos de Violencia Intrafamiliar (VIF) y Violencia Sexual (VSX), incluyendo de forma central los casos de abuso sexual.

Los programas de promoción de la salud y sus acciones requieren plantearse y desarrollarse con un enfoque de derechos, de género y centrados en el desarrollo humano como potenciador de habilidades, capacidades, potencialidades y oportunidades para una vida digna. Para lo anterior se hace necesario que todas las actividades realizadas tengan en sus planteamientos la construcción y fortalecimiento de unas prácticas relacionales que permitan el reconocimiento de los derechos, la dignidad y la libertad.

Al buscar la promoción de la salud se pretende que la comunidad se apropie de hábitos saludables encaminados a mejorar su calidad de vida, por lo que se hace necesario reconocer en todas las personas la posibilidad de transformar sus estilos de vida, con el fin de adquirir nuevas formas de relación que, fundadas en el trato digno, promuevan la autonomía y el bienestar y por tanto la salud mental.

En el terreno de la violencia sexual, propiamente en las situaciones de abuso sexual, las acciones deben estar encaminadas a que la comunidad en general adquiera conciencia de lo nocivas que son este tipo de situaciones para la vida de los niños, las niñas y los adolescentes, también de sus familias. La información adecuada y oportuna, así como la detección temprana son vitales cuando se pretende intervenir de forma adecuada y oportuna; en este sentido, realizar campañas masivas por los medios de comunicación ayuda a despertar conciencia en toda la población sobre lo nefasto de este evento en la vida de quienes lo padecen.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



El sector salud debe aprovechar los programas de salud colectiva y las actividades educativas para informar y orientar sobre los factores protectores, los factores de riesgo, los indicadores de detección y las acciones a seguir en casos de abuso sexual infantil.

En la línea de promoción del trato digno y la prevención del abuso sexual infantil, los y las profesionales del área psicosocial deben aprovechar los programas de crecimiento y desarrollo, atención a la mujer gestante y su familia, atención a la salud sexual y reproductiva y las escuelas de padres y madres para tratar temas como el sistema de vinculación afectiva, la reflexión sobre la crianza, las necesidades de cuidado y afecto, las etapas del desarrollo, los logros adecuados para cada edad y las estrategias de protección que se deben desarrollar para advertirles sobre el abuso sexual.

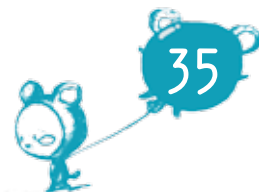
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Para pensar y desarrollar programas que estén encaminados a la prevención del abuso sexual se hace necesario que los y las profesionales del equipo de salud re-signifiquen el concepto de vínculo afectivo, pues en el desarrollo integral de los niños, las niñas y adolescentes el proceso de generación del sentimiento de proximidad, confianza y seguridad que se genera con las personas cuidadoras, determina en gran medida la fortaleza emocional y afectiva con la que se equipan para responder en su vida.

En el proceso de prevención se hace necesario reconocer los factores que intervienen en las dinámicas relacionales del trato no digno, en especial que se encuentran asociados a situaciones de abuso sexual. A continuación se presentarán los factores de riesgos del contexto social más amplio, luego los factores de riesgo asociados a las dinámicas familiares, para luego describir algunas características de comportamiento de la madre, el niño, la niña o el adolescente y, por último, de la persona abusadora.



Factores de riesgo del contexto social

- › Patrones culturales que subvaloran al niño, niña o adolescente o que aceptan el contacto sexual en la familia.
- › Machismo o familias patriarcales.
- › Desempleo o inestabilidad laboral.
- › Mendicidad.
- › Descomposición social.
- › Débiles lazos vecinales.
- › Tolerancia de la comunidad frente al maltrato.
- › Aislamiento de la familia de recursos de apoyo (salud, educación o recreación).
- › Temor a la retaliación al denunciar.
- › Desplazamiento forzado.
- › Corrupción.
- › Ausencia de redes sociales de apoyo.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Factores de riesgo en la familia

- › Padres y madres que no reaccionan a la presencia del niño, niña o adolescente y no expresan afecto.
- › Ausencia del padre en el proceso de crianza.
- › Trastornos mentales y psicopatía.
- › Inestabilidad afectiva.
- › Padres o madres que amenazan permanentemente a los niños y niñas.
- › Dependencia económica de la persona abusadora.
- › Poca claridad en las normas familiares.
- › Madresolitarismo.
- › Condiciones de hacinamiento y pobreza.
- › Familias sin ningún tipo de seguridad social.
- › Antecedentes de abuso sexual en alguna de las personas tutelares.

Algunas características de las madres

- › Pasivas, dependientes y sumisas.
- › Sexualmente inhibidas.
- › Incapaces de proteger a sus hijos e hijas.



- No tienen claros y definidos los límites entre ellas y sus hijos e hijas.
- Favorecen la inversión de roles.
- Toleran el abuso sexual.
- Temen perder el apoyo económico.
- Sufren maltrato físico y/o psicológico en el presente.

Factores de riesgo en los niños, las niñas o adolescentes

- La edad y el sexo.
- Curiosidad sexual.
- Sumisión.
- Poca estima y necesidades de atención y afecto.
- Fallas en el sistema de vinculación afectiva.
- Crecimiento en un medio relacional autoritario.
- Desconocimiento de lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo.
- Vida en condición de sometimiento y dependencia.
- Exposición al comportamiento sexual de personas adultas.

Características de la persona abusadora

- Dificultades para establecer relaciones sexuales con iguales.
- Interés sexual por personas menores.
- Interacción con personas menores como si tuvieran una edad mucho mayor a la real.
- Posiblemente víctima de abuso y maltrato en la infancia.
- Aparentemente desarrolla una vida normal.
- Comportamiento controlador y dominante.
- Descarga en los niños, niñas o adolescentes rabias que han acumulado a lo largo de su vida.
- Consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
- Disfruta provocando sufrimiento y dolor.

Los elementos que se presentaron anteriormente deben ser conocidos por los y las profesionales del sector salud, pues saber de estos contextos posibilita la identificación de los casos, además, brinda elementos para el trabajo en los talleres y actividades educativo-formativas dirigidas a la



comunidad, elementos centrales que se trabajan en la prevención de las violencias evitables mediante la promoción de prácticas relacionales basadas en el trato digno.

ATENCIÓN INICIAL O DE URGENCIA

El adulto que... en su práctica profesional no ha debido afrontar este tipo de tragedias o que no ha recibido la formación necesaria, tiene una gran dificultad para enunciar la hipótesis diagnóstica de abusos sexuales. (Barudy)



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

El acompañamiento debe realizarse durante todo el tiempo de atención a las víctimas de abuso sexual y sus familias, el objetivo es ofrecer apoyo y orientación para clarificar las ideas, exponer las expectativas y estar preparados para recibir la ayuda correspondiente en cada momento del proceso de manera progresiva. El personal debe tener la preparación necesaria para brindar una adecuada atención y acompañamiento a partir del respeto absoluto por las personas involucradas; la co-formación del personal de salud debe estar a cargo de profesionales en psicología.

En este apartado se incluyen las acciones que se hacen desde la promoción de hábitos y comportamientos saludables, la prevención, la detección y la notificación de los casos. Una vez detectado el caso se realiza la atención de urgencia por parte de los profesionales de las diferentes áreas, lo que incluye la entrevista al niño o niña (si la edad lo permite), al adolescente y a la familia.

Una vez detectado el caso la intervención que se realiza es considerada una



atención de urgencia, por esto debe ser prioritaria e inmediata ya que es, con mucha frecuencia, la única oportunidad que tienen las víctimas de violencia y abuso sexual de hacer pública su situación y tener acceso a intervenciones para impedir que continúen siendo abusados.

Por lo tanto, una atención de urgencia inapropiada, ya sea por el trámite, el desconocimiento del estado emocional de la persona afectada, la discriminación, la culpabilización involuntaria de la víctima, el desconocimiento o el temor de las implicaciones de reconocer el abuso como un delito, puede significar la pérdida de posibilidades de acceder a intervenciones que podrían disminuir las consecuencias físicas o psicológicas y prevenir que la violencia continúe.

En muchos casos la calidad de la atención de urgencia puede determinar el futuro de la víctima.

Las acciones que pueden realizar los equipos de urgencia son muy importantes, el éxito de esta atención es esencial para la protección inmediata de un niño, niña o adolescente, con base en ellas una persona adulta puede tomar decisiones, registrar la información y disponer las pruebas necesarias para la justicia cuando se realiza una denuncia inmediata o diferida.

En estas acciones se deben considerar dos elementos: el primero, la actitud y compromiso del personal de salud, y el segundo, los propósitos de la atención inicial. Todos los casos deben ser atendidos por personal médico de urgencias y por profesionales del área psicosocial si se cuenta con este recurso, quienes determinarán los pasos subsiguientes en la intervención (interconsultas, referencia, etc).

Siempre es necesario considerar que la persona que requiere atención por violencia sexual puede pertenecer a una cultura distinta a la predominante, esto debe traducirse en un comportamiento respetuoso con sus valores y creencias respecto a la sexualidad y la violencia, y con la recolección y



entrega de información de una forma adecuada.

El personal de salud responsable de atender el caso debe contar con formación, compromiso y disposición para realizar un trabajo que contribuya a la adecuada resolución del caso y a generar una experiencia constructiva para los niños, niñas o adolescentes y sus familias. Autores como Roa y Col (1998) han trabajado en este tema, a continuación se enuncian dichas características.

Características del personal en las primeras intervenciones en casos de abuso sexual infantil

- Sensibilidad, calidez y simpatía.
- Actitud abierta, lo que implica no juzgar y garantizar el respeto y la dignidad de la víctima.
- Confidencialidad.
- Habilidad para manejar las emociones propias y las de las personas involucradas (rabia, ira, ansiedad, miedo, angustia o tristeza).
- Capacidad para reconocer sus propias limitaciones en el proceso y confrontar sus propias actitudes frente al abuso sexual.
- Capacidad de liderazgo que le permita tomar decisiones y actuar en la comunidad.
- Entrenamiento y capacitación para intervenir en casos de abuso sexual.
- Conocimiento de instituciones y servicios para realizar una adecuada remisión.
- Aceptación de que no tiene todas las respuestas, que no hay soluciones completas pero sí satisfactorias.
- Capacitación en trabajo psicoterapéutico con niños, niñas y/o adolescentes.

Las anteriores características deben reflejarse durante todo el proceso de intervención en acciones que apunten a que la víctima y su familia logren percibir que son personas dignas de confianza, que la atención está encaminada a reparar y no a culpar, a ofrecer un lugar para ser protegidos,



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

40



respetados y reconocidos, y a restablecer la confianza en los demás; igualmente, a entender en qué consiste el proceso de atención y cuáles serán los compromisos que requiere para elaborar la situación de abuso, tanto en lo individual como familiar (Montoya, 2005).

ELEMENTOS CENTRALES DE LA ATENCIÓN

Acogida

Todo el personal del servicio de urgencia debe tener un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de lo sucedido. Debe expresar comprensión por la magnitud y trascendencia del daño sufrido.

Es necesario crear una atmósfera de confianza y respeto en la que el niño, niña y adolescente se sienta escuchado, comprendido y respetado, sabiendo que lograrlo requiere un tiempo mayor que en el caso de otros motivos de consulta.

Los y las profesionales de la salud a cargo deben mostrar una actitud verbal y corporal acogedora, manejar un lenguaje sencillo y claro, y animar de manera cuidadosa al niño, la niña o al adolescente al hablar de lo sucedido. Sus palabras no deben ponerse en duda, es importante escuchar sin enjuiciar, haciéndole saber que no está solo o sola frente al problema. Debe permitírsele expresar sus sentimientos y emociones, para esto es importante prestar atención, mostrar capacidad de escucha y aceptar sentimientos contradictorios y variados (impotencia, vergüenza, miedo, rabia o culpa). Estos sentimientos, cualquiera que sean, no deben ser minimizados por quien entrevista.

Una vez lograda la comunicación y expresión emocional, es importante favorecer en el niño, niña o adolescente, un proceso de fortalecimiento de



sus propias capacidades personales.

Este contacto inicial debe permitir evaluar las dimensiones del problema y, especialmente, el riesgo de nuevos episodios, especialmente cuando la situación de abuso sexual se ha dado en un contexto de violencia en la pareja o abuso sexual intrafamiliar o por un conocido. Se debe informar a la víctima (de acuerdo a su edad) del riesgo que corre, analizar con la familia las posibilidades concretas de que el agresor o la agresora se le acerque y las medidas de protección posibles a su alcance: lugar alternativo, medidas de seguridad, acompañantes o denuncia.

El abuso sexual es, en sí mismo, un factor de riesgo de daño severo o muerte en casos de violencia intrafamiliar.

Para evitar que los y las profesionales que tienen valores, creencias o principios que les impiden (objeción de conciencia) indicar un tipo de tratamiento preventivo como la anticoncepción de emergencia, se deben crear y establecer mecanismos para que, en lo posible, no sean estos profesionales los que atiendan las víctimas de abuso sexual o violación. De esta manera se evita la vulneración del derecho que tiene la víctima a ser informada adecuadamente y a decidir libremente la prevención de posible embarazo no deseado.

Exploración clínica

Se recomiendan los siguientes pasos para la exploración:

- › Identificarse ante el niño, niña, adolescente y/o su acompañante y explicar que será la persona que le atenderá.
- › Preguntar qué necesita y ofrecer ayuda, transmitir la convicción de que nadie va a juzgar la conducta de nadie y que está entre personas que quieren lo mejor para él o ella.
- › Asegurar que en todo momento se respetarán todos sus derechos así como sus valores y principios religiosos o éticos.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



- Informar detalladamente lo que se va a hacer, dónde y a cargo de quién (diálogos, exámenes o toma de muestras).
- Informar que al finalizar el procedimiento se entregará copia del acta de registro de la exploración y la descripción de las muestras recogidas.

Anamnesis

Debe contener la siguiente información:

- Nombre del o de la paciente.
- Tarjeta de identidad o huella digital.
- Edad.
- Sexo.
- Nivel de educación.
- Dirección de domicilio.
- Fecha y hora del examen.
- Nombre del o de la profesional que realiza el examen clínico.
- Relato abreviado de las características de la agresión o abuso, sin calificarla jurídicamente
- Día y hora en que ocurrió, consignando circunstancias relevantes.
- Relación con el o los agresores (si es familiar tipo de parentesco).
- Anamnesis clínica, complementada con antecedentes médico-quirúrgicos y ginecológicos importantes (edad de la menarquía, métodos anticonceptivos, paridad, embarazos, abuso o violencia sexual anterior).
- Nombre de la persona acompañante.
- Embarazo: las víctimas pueden ser una mujer embarazada y su feto. Existe evidencia de que la violencia sexual no cesa necesariamente cuando la mujer está embarazada. A nivel mundial, una de cada cuatro mujeres es abusada física y sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja. Si el embarazo es imprevisto o no deseado, la mujer tiene cuatro veces más probabilidades de sufrir violencia doméstica, incluyendo la sexual. Por otro lado, el propio embarazo puede ser resultado de abuso sexual, violación marital o negación al uso de anticonceptivos. Las investigaciones han demostrado que durante el embarazo los golpes



van dirigidos al abdomen, los senos y los genitales de la madre. Esta situación debe ser considerada, en forma específica, por el posible daño fetal, por las contraindicaciones para algunos medicamentos y por los aspectos psicológicos y emocionales involucrados, ocasionando maltrato al niño o niña antes de nacer.

Examen físico

El examen clínico es voluntario, se debe solicitar explícitamente la autorización al niño, niña o adolescente y/o a su familia y no debe ser traumático. El objetivo principal del examen es realizar un diagnóstico clínico para indicar el tratamiento más adecuado. Es necesario respetar el pudor del o de la paciente, realizándolo en condiciones de privacidad suficiente y siempre con la presencia de otra persona del servicio de urgencias, profesional o técnico.

Cuando se trate de un abuso sexual reciente, es muy importante guardar la ropa con la que acude la víctima, envalada y rotulada según Manual de Cadena de Custodia. También debe hacerse cuando, a pesar de no ser ese el motivo de consulta, se ha detectado en la entrevista o en un primer examen, que se trata de una agresión o abuso sexual ocurrido recientemente.

Examen clínico general: se deben describir en forma pormenorizada todas las lesiones, desde la región cefálica hacia la caudal (erosiones, escoriaciones, contusiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas o cicatrices).

- ☉ **Cara y cráneo:** describir la presencia de hematomas, escoriaciones, quemaduras y lesiones cortantes a nivel de piel y/o mucosas. Especial atención requiere la observación de lesiones a nivel bucal (cara posterior de incisivos, pues de ellos pueden tomarse muestras que hasta 36 horas después podrán revelar la presencia de espermatozoides (cuando se ha practicado sexo oral).



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



- ⊙ **Tórax:** realizar examen de mamas, consignándose las lesiones encontradas, de forma anatómica (hacerlo por cuadrantes).
- ⊙ **Abdomen:** describir lesiones traumáticas indicando la región anatómica. Se describirán patologías médicas o quirúrgicas, tumores o cicatrices. Se realiza palpación para la búsqueda y descripción de órganos y lesiones (estómago, útero o vesícula).
- ⊙ **Genitales externos:** inspección de la región vulvar para describir las características del vello pubiano, los labios mayores y menores y las lesiones traumáticas en el periné (clítoris y horquilla vulvar). Determinar la presencia de erosiones, escoriaciones, equimosis, hematomas, heridas cortantes, desgarros.
 - Descripción del himen o sus restos (carúnculas), consignar su forma, las características de sus bordes, desgarró reciente (hemorrágico, equimótico) o antiguo (blanquecino, perlado) y ubicarlos según los punteros del reloj. Es importante considerar que el himen es un órgano relevante en el examen ginecológico médico legal, debiendo describir si se encuentra intacto o bien presenta lesiones recientes o antiguas ya cicatrizadas.
 - En los desgarros himeneales sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada. En aquellas pacientes que presentan himen dilatado, sus bordes se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse, lo que es de relativa frecuencia.
 - Deberán consignarse en la historia clínica las características genitales en pacientes multíparas (carúnculas o restos de himen). En lo posible, y con el consentimiento por escrito de la persona examinada o de su representante, se deberán tomar fotografías o videos en los servicios médicos, conservando la cadena de custodia para este material.
- ⊙ **Genitales internos:** en la adolescente con vida sexual activa se deberá realizar el examen mediante especuloscopia, examinando todas sus paredes, describiendo eventuales lesiones traumáticas, erosiones, escoriaciones, hematomas, desgarros o su integridad.

- En este momento se deberán tomar muestra de secreciones vaginales mediante torunda de algodón estéril previamente humedecida en suero fisiológico para ser enviado rápidamente al laboratorio de la institución o a medicina legal. También puede tomarse muestra de moco cervical con una jeringa hipodérmica, ya que los espermatozoides se conservan mejor en el moco que en el flujo vaginal. Una región importante a considerar es el lago seminal que se forma en el fondo del saco posterior de la vagina, de donde es posible recoger semen o espermatozoides hasta cinco o siete días después. Deben describirse las características del cuello uterino, en lo posible mediante colposcopia (de ser posible, es ideal realizar video de dicho procedimiento, ya que puede constituir una prueba de gran importancia).
- Es importante considerar que la especuloscopia vaginal en las niñas sólo está indicada en casos muy especiales y bajo anestesia, cuando existe sospecha de desgarros y deban ser suturados quirúrgicamente. En esta situación, es posible tomar exámenes para búsqueda de vulvovaginitis (hongos, tricomonas, cultivo de Thayer Martin y examen directo para búsqueda de gonococos).

⊙ **Examen genitourinario:** describir anatómicamente el pene, el prepucio, el escroto y los testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis o hematomas). En caso de visualizar lesiones papulares o ulcerativas se deben sospechar enfermedades de transmisión sexual, sífilis, condilomas acuminados, herpes genital. Si se observa flujo uretral se debe sospechar gonorrea y tomar examen directo y cultivo en medio de Thayer Martin. Deben siempre tomarse fotografías a todas las lesiones y conservarse según Manual de Cadena de Custodia.

⊙ **Examen proctológico en ambos sexos:** se debe realizar una inspección cuidadosa, buscando erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Se debe evaluar el tono del esfínter anal, el cual puede estar disminuido, con salida de gases y/o materia fecal.



- Con el niño o la niña bajo sedación y con analgesia local, se debe tomar muestra del contenido ano-rectal, con torunda estéril de algodón humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermatozoides en caso de que la denuncia haya sido precoz, (24 a 48 horas).
- Se debe realizar tacto rectal buscando posible ruptura de recto o presencia de cuerpo extraño que requiera tratamiento quirúrgico de urgencia. En presencia de lesiones papulares y ulcerativas sospechar infección de transmisión sexual (sífilis o condiloma acuminado).

Conclusión del examen

Terminado el examen clínico y la toma de muestra para laboratorio, incluyendo las ropas de la víctima y/o de la persona agresora, se deben describir las lesiones propias de la agresión y todas aquellas lesiones corporales que se encuentren. Especial importancia adquiere la descripción de lesiones en el aparato urogenital destacando la desfloración del himen, cuya visualización se facilita mediante la técnica de colposcopia (el himen cicatriza en siete días completamente). En caso de lesión anal, deberá consignarse la presencia de fisuras o desgarros.

Es importante que se consignen los resultados de los exámenes físico-clínico realizados y que se efectúe una apreciación en referencia al tipo de agresión sexual. El o la profesional de salud no afirma el delito ni lo califica (Ver anexo 1), pero su observación clínica será una indicación al respecto, realizando un pronóstico que incluya una estimación en término de días del tiempo de curación de las lesiones.

Laboratorio y pruebas biológicas

Se deben realizar los siguientes exámenes de laboratorio:

- › Contenido vaginal, vulvar y perivulvar para búsqueda de semen y espermatozoides, incluyendo moco cervical. Recoger las secreciones o



material que se observe sobre la piel de la vulva, entre los labios mayores y menores, en el introito vaginal hasta 48 horas después de la agresión. En el fondo del saco posterior de la vagina, en el lago seminal que se forma, es posible encontrar espermatozoides hasta siete días después de la agresión.

- Contenido rectal para búsqueda de semen y espermatozoides (entre 24 a 48 horas).
- Contenido bucal (delante y detrás de los incisivos superiores) para búsqueda de semen y espermatozoides cuando ha habido sexo oral (entre 24 y 48 horas).
- Flujo vaginal para examen bacteriológico y parasitario (hongos, tricomonas, gardnerella o gónococo).
- Flujo uretral y/o anal sexo masculino o femenino, para examen bacteriológico, incluyendo gónococo y/o chlamydia y parasitario (en cualquier momento posterior a la agresión).
- ADN en semen (espermatozoides) o medios biológicos (pelos o sangre), se toma en cualquier momento posterior a la agresión.
- Estudio de manchas en ropas (búsqueda de semen, espermatozoides, sangre, estudio de ADN).
- Ecografía pélvica, vaginal y/o Colposcopia, estos dos exámenes son de gran valor pericial ya que permiten la obtención de testimonios gráficos probatorios frente a una denuncia.
- En caso de acción carnal oral, debe tomarse la muestra de semen aplicando la torunda de algodón húmeda en suero salino, en el espacio entre los dientes incisivos superiores, cara vestibular y palatina (24 a 48 horas después).
- Sólo con el consentimiento de la víctima se pueden tomar los siguientes exámenes que no son concluyentes en la determinación del delito de agresión sexual, pero que pueden constituir pruebas en la presentación de las denuncias por lesiones graves:
 - Muestras para búsqueda de VIH/SIDA.
 - Alcoholemia.
 - Muestra para búsqueda de drogas de abuso en orina y sangre (cocaína,



marihuana, opiáceos, antipsicóticos, ansiolíticos, barbitúricos, metadona o heroína).

Técnicas para almacenamiento y envío de muestras

Todas las muestras encontradas en la víctima deben ser almacenadas en cadena de custodia, claramente rotuladas, pues empiezan a ser parte de un proceso legal y serán requeridas por autoridad competente. Cuando estas muestras o evidencias sean solicitadas directamente por un fiscal o un juez, igualmente deben ir en cajas selladas (esto incluye prendas) adjuntando el informe médico (médico-legal) y la orden judicial que las solicita.

Así mismo, se deben conservar prendas de vestir que tengan manchas susceptibles de corresponder a semen o sangre, las que deben ser secadas al aire, a fin de evitar la proliferación de hongos u otros microorganismos que interfieran en su análisis.

Se deben recolectar muestras separadas de contenido vaginal y rectal para estudio de semen o ADN. Las torundas deben estar humedecidas en suero fisiológico (no sumergidas) y colocadas en un tubo de ensayo seco y rotulado que debe conservarse refrigerado. Cuando sea posible, hacer un extendido sobre un portaobjeto y secarlo al aire. El portaobjeto debe posteriormente envolverse en papel seco y colocarse en una bolsa plástica rotulada.

Debe tenerse presente que para interpretar correctamente un análisis, el perito debe contar como mínimo con la siguiente información:

- ☉ **Indicio a analizar:** identificar si el contenido es vaginal o mancha de semen.
- ☉ **Muestra de sangre del sospechoso:** enviar, siempre que se pueda, sangre del sospechoso a comparar, ya que la preparación de ADN a partir de semen, es una técnica más cara y compleja.



- ⊙ **Muestra de sangre de la víctima:** permite determinar si un patrón de ADN encontrado en el indicio proviene de un tercero o corresponde a células de la propia víctima (sangre o flujo vaginal).

Toda solicitud de examen enviada sin sus antecedentes o incompleta por falta de alguna muestra necesaria para su estudio, con muestras mal tomadas, mal rotuladas o que de alguna manera no sigan las normas anteriormente descritas, probablemente no sean procesadas. No obstante, se deben almacenar adecuadamente, por un período no inferior a un año, en espera de nuevos antecedentes o de la orden del juez o fiscal.

Tratamiento

El tratamiento de las lesiones corresponde al ámbito propio de la atención de urgencia y debe realizarse de la manera menos traumática que sea posible, considerando siempre el estado emocional del niño, la niña o el adolescente.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

- ⊙ **Prevención de embarazo después de una violación.**
Si la víctima es una adolescente en etapa reproductiva, tiene derecho a ser informada, de una manera adecuada, sobre la existencia de una forma efectiva y segura de prevenir un embarazo no deseado como producto de la agresión, para que decida libremente y con el apoyo de sus acompañantes de ser posible, si desea utilizarla o no.
En el caso de estar utilizando anticoncepción en forma regular al momento de sufrir la violación, ya sea hormonal o mediante dispositivo intrauterino, debe igualmente ser informada de este tratamiento, aunque el riesgo de falla del método sea mínimo.
Si se presenta embarazo a consecuencia de una violencia sexual, la mujer, incluidas las menores de 18 años tiene entre otras, la opción de interrumpir el embarazo; para ello debe presentar a la institución de salud copia de la denuncia (Sentencia C-355 de 2006).
A pesar de la información científica disponible, existen profesionales que tienen valores, creencias o principios que les impiden (objeción de



conciencia) indicar estos tratamientos. Debe evitarse que atiendan a estas víctimas y delegar la atención a otro u otra profesional que garantice los derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres.

- **Anticoncepción hormonal de emergencia (AE)**

Levonorgestrel (LNG) o comprimidos de progestina pura

Es el método de elección por ser el más efectivo y tener menos efectos secundarios. Es un método ampliamente estudiado que se usa después de una relación sexual sin protección para prevenir un embarazo no deseado. Esta forma de anticoncepción de emergencia, cuenta con registro sanitario en muchos países desarrollados, como el Reino Unido y EEUU. De igual modo, cuenta con registro sanitario vigente en nuestro país, desde el año 2001, en el caso del Levonorgestrel de 0,75 miligramos.

- **Nombres comerciales en Colombia:** Postday (Lafrancol), Emergyn (Síntesis), Microlut (Schering colombiana), Tace (Gynopharm).
- **Composición:** cada tableta contiene 0,75 miligramos de Levonorgestrel.
- **Propiedades:** el Levonorgestrel es un progestágeno que previene la ovulación y/o la fertilización alterando el transporte de los espermatozoides y/o los óvulos a través de la trompa. Adicionalmente, aumenta la viscosidad del moco cervical y activa la movilidad de las trompas uterinas.
- **Indicación:** anticonceptivo de emergencia que puede evitar el embarazo siempre y cuando se utilice durante las siguientes 60 horas después de haber tenido una relación sexual sin protección. No es eficaz, una vez haya comenzado el proceso de implantación, tampoco es efectivo si la mujer ya está embarazada.
- **Dosificación:** tomar un comprimido dentro de las primeras 60 horas posteriores a la relación sexual, y el siguiente comprimido 12 horas después. Puede utilizarse en cualquier momento dentro del ciclo



menstrual. Si se presenta vómito durante las dos horas siguientes a la toma del comprimido, debe repetirse la dosis.

- **Efectos sobre la menstruación:** algunas mujeres pueden experimentar goteo pocos días después de tomar Levonorgestrel (Postday). En la fecha esperada de la menstruación, algunas mujeres experimentan un sangrado vaginal similar a una menstruación normal. Un pequeño porcentaje pueden sangrar más o menos de lo habitual.

Píldoras combinadas o Método Yuzpe: Etinil—Estradiol más Levonorgestrel

Se administran dos dosis de 100 microgramos de Etinil—Estradiol (EE) más 500 microgramos de Levonorgestrel, separadas por 12 horas. No existe en el país un producto registrado con esta formulación. En la práctica, se indican cuatro pastillas de anticonceptivos orales con bajo contenido de EE y Levonorgestrel.

- **Nombres comerciales:** disponibles en los servicios médicos de salud y se venden en farmacia con los distintos nombres comerciales. Anovulatorios de microdosis del formulario Nacional:
 - Alesse 28 (Wyeth) = 20 microgramos de Etinil-estradiol + 100 microgramos de Levonorgestrel — Utilizar 5 tabletas juntas cada 12 horas por dos dosis.
 - Microgynon 30 (Schering) = 0,03 microgramos de Etinil- estradiol + 0,15 microgramos de Levonorgestrel — Usar 4 tabletas cada 12 horas por dos dosis.
 - Microfemin (Grunenthal) = 30 mcgr de Etinil-estradiol + 150 microgramos de Levonorgestrel. — Usar 4 tabletas cada 12 horas por dos dosis.
- **Mecanismo de acción:** dependiendo de la fase del ciclo en que se use la AE puede ocasionar: inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos, inhibición de la fecundación y alteración de la función lútea. No hay evidencia científica de que se inhiba la implantación, los preparados usados



no son efectivos si ya ha ocurrido la implantación, por lo tanto, no son abortivos.

- **Administración:** la anticoncepción de emergencia (AE) debe usarse dentro de las siguientes 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Ambos métodos son más efectivos (casi un 100% efectividad) si se administran dentro de las primeras 24 horas. Por esta razón, es la primera medida preventiva a usar después de la violación.
- **Eficacia anticonceptiva:** la tasa de embarazos es de entre 1 y 3 de cada 100 mujeres expuestas. El Levonorgestrel (LNG) es más efectivo que el régimen de Yuzpe. Con LNG se evitaría el 85% de los embarazos y cuando se usa el método de Yuzpe, se evitaría alrededor del 60% de los embarazos que se habrían producido al no usar AE.
- **Precauciones:** embarazo ectópico previo, síndrome de mala absorción severo y hepatitis severa.
- **Efectos secundarios:** las molestias más frecuentes asociadas al uso de anticoncepción de emergencia son náuseas, vómitos, sangrado irregular, dolor mamario (mastalgia), dolor abdominal, cefalea y mareos; estas molestias ocurren con mayor frecuencia cuando se usa el método de Yuzpe.
En caso de vómitos, se debe repetir la dosis, para prevenir los vómitos se puede indicar un antiemético antes de dar el anticonceptivo, después no es efectivo.
- **Contraindicación absoluta:** porfiria.

• Prevención de infecciones de transmisión sexual

Las medidas efectivas para prevenir una infección como consecuencia de la posible exposición durante la agresión sexual, tanto en hombres como mujeres, pueden ser diferidas -evitando así la sobrecarga de indicaciones a la víctima en un primer momento- solo si se tiene la seguridad de que la persona podrá acudir dentro de los dos 2 días



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



siguientes a la atención de urgencias, o a una consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS).

En general, se recomienda indicar el tratamiento y de todas maneras derivar a la persona a la CETS del servicio de salud correspondiente que cuente con profesionales capacitados (infectología pediátrica), métodos de apoyo diagnóstico y oferta de consejería, control y seguimiento.

Infecciones No virales de transmisión sexual

Las infecciones por gonorrea, chlamydia, tricomonas, sífilis y vaginosis bacteriana pueden prevenirse con la administración a la víctima de la asociación de cuatro tipos de antibióticos, de acuerdo a su edad, estado gestacional, y posibles alergias: ceftriaxona o ciprofloxacino + azitromicina o alternativas + metronidazol + penicilina benzatínica.

Los criterios para decidir, con base en la edad, posibilidad de un embarazo en la víctima, el antibiótico y la dosis a administrar, son los siguientes:

Adultos (as)

- Ceftriaxona, 250 miligramos en inyección intramuscular, y en dosis única. En caso de no contar con Ceftriaxona se debe utilizar Ciprofloxacino 500 miligramos vía oral por dosis única.
- Azitromicina, 1 gramo en dosis única, por vía oral, o Doxiciclina, 100 miligramos via oral, 2 veces al día durante 7 días.
- Metronidazol (o Secnidazol o Tinidazol) 2 gramos vía oral, en dosis única.
- Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones de unidades, intramuscular en dosis única.

En personas con historia de hipersensibilidad a la Penicilina, se puede utilizar como droga alternativa la Eritromicina (estearato) 500 miligramos cada 6 horas durante 15 días.



Embarazadas

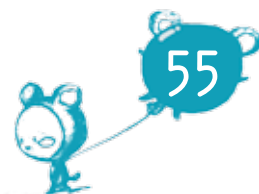
- Ceftriaxona, 250 miligramos en inyección intramuscular, en dosis única.
- Eritromicina, 500 miligramos vía oral cada 6 horas, durante 7 días.
- Evitar el uso de Metronidazol, Secnidazol o Tinidazol en el primer trimestre de gestación.
- Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones de unidades, intramuscular, dosis única.

En personas con historia de hipersensibilidad a la Penicilina, se puede utilizar como droga alternativa la Eritromicina (estearato) 500 miligramos cada 6 horas durante 15 días.

Niñas y niños hasta doce años

- Ceftriaxona 20 a 80 miligramos por kilogramo de peso, no sobrepasando los 250 miligramos intramuscular en dosis única. En niños o niñas no debe utilizarse Ciprofloxacino.
- Azitromicina 20 miligramos/kilogramo vía oral, en dosis única, dosis máxima 1 gramo. Una alternativa es la Eritromicina, 50 miligramos/kilogramo vía oral cada 6 horas, durante 10 a 14 días (dosis máxima 2 gramos).
- Metronidazol 15 miligramos/kilogramo por 7 días vía oral, cada 8 horas, durante 7 días, (dosis máxima 2 gramos).
- Penicilina G Benzatínica 50.000 U.I./Kilogramo (Unidades Internacionales), en dosis única (dosis máxima de 2,4 millones UI. Droga alternativa: en personas con historia de hipersensibilidad a la Penicilina, se puede utilizar Eritromicina (estearato) 50 miligramos/kilogramo, vía oral cada 6 horas, durante 10 a 14 días (dosis máxima 2 gramos).

Es importante recordar que la Ofloxacina y otras Quinolonas están contraindicadas en niños, niñas y adolescentes con un peso menor de 45 kilos. Las Quinolonas y el Tianfenicol están contraindicadas en embarazadas.



Enfermedades virales de transmisión sexual

VIH/SIDA: el riesgo de contraer la infección depende del tipo de lesión traumática producida por la agresión. El uso de una terapia preventiva debe ser considerada en conjunto con la víctima o sus representantes, con base en las normas de la Comisión Nacional de Sida del Ministerio de la Protección Social. El tratamiento profiláctico está indicado en pacientes con alto riesgo de infección, es decir, aquellos con riesgo estimado superior al 0,3%. Cuando el riesgo sea intermedio se considerará la posibilidad del tratamiento de acuerdo con los padres, madres o personas cuidadoras. En principio, no se recomienda en casos de bajo riesgo, pero sólo se podría denegar el tratamiento, en casos de riesgo nulo. La profilaxis se instaurará en función del riesgo y siempre con tres drogas.



Personas Adultas/Adolescentes (más de 50 Kg)

Nombre del fármaco	Dosis	Nombre Comercial	Presentación
Zidovudina (AZT)	300 miligramos V.O cada 12 horas (1 día)	COMBIVIR	Tabletas capsulares recubiertas con los dos ITIAN.
Lamivudina (3TC)	150 miligramos V.O cada 12 horas (1 día)		
LOPINAVER	400 miligramos V.O cada 12 horas (1 día)	KALETRA	Tabletas recubiertas de 100/25 y 200/50 de cada uno de los IP.
RITONAVER	100 miligramos V.O cada 12 horas (1 día)		



Niños y Niñas			
ZIDOVUDINA (AZT)	180 miligramos/metro2 cada 12 horas, máximo 300 miligramos (1 día)	RETROVIR	Solución 10 miligramos por ml.
LAMIVUDINA (3TC)	4 miligramos/Kgr cada 12 horas, máximo 150 miligramos (1 día)	EPIVIR	Solución 10 miligramos por ml.
LOPINAVIR	Kaletra: 10 miligramos / Kgr cada 12 horas (1 día). Solución con 80 miligramos / ml (con ambos IP)		
RITONAVIR			

Información sujeta a verificación por profesional tratante.



Evaluación del riesgo según exposición sexual. El riesgo depende del tipo de acto sexual:

- Coito anal receptivo = 0,1 a 3%
- Coito vaginal receptivo = 0,1 a 0,2%
- Coito vaginal insertivo = 0,03 a 0,09%
- Más riesgo a mayor carga viral (>50.000 copias/ml)
- Mayor riesgo si coexiste Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) - úlceras.
- Mayor riesgo en jóvenes.
- Mayor riesgo en caso de abuso sostenido o exposición múltiple.

Quimioprofilaxis.

La profilaxis siempre se realiza con tres fármacos: dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos (ITIAN) y un inhibidor de proteasas (IP). ITIAN: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) e IP: Lopinavir o Ritonavir o Nelfinavir.



Dosis recomendadas:

Seguimiento posterior

- A los 15 días: revisión general.
- A los 45 días: revisión general, serología para VIH, VHB, VHC.
- A los 3 meses: serología para VIH, VHB, VHC.
- Al año: serología para VIH.

Hepatitis B: existe evidencia de que es posible prevenir una probable infección mediante la vacunación de la víctima con la vacuna anti-hepatitis B.

La persona agredida que acepte la administración de la vacuna, debe ser enviada, con una orden de vacunación anti-hepatitis B (resguardando la necesaria privacidad) al centro de vacunación definido para estos efectos en cada servicio médico.

La víctima debe ser informada de la necesidad de recibir la vacuna antes de siete días posteriores a la agresión, como también de sus reacciones adversas. En el establecimiento donde reciba la primera dosis de la vacuna se le informará de la importancia de recibir la segunda dosis a los dos meses y la tercera a los seis meses de la agresión.

El trabajo en equipo que se lleva a cabo en urgencias permitirá que el niño, niña o adolescente y su familia reciban una intervención integral, esto hace que sea necesario describir la atención que brinda el personal psicosocial en estos casos.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Los y las profesionales del área psicosocial requieren partir de la idea de que su intervención plantea importantes propósitos para todo el proceso que se llevará a cabo con los niños, niñas, adolescentes y sus familias. La claridad en las intervenciones facilitará que la secuencia de acciones cobre un sentido que ayude a todas las personas involucradas a elaborar la situación del abuso, de una forma adecuada y satisfactoria. Por lo anterior, el personal del equipo debe mantener presente la información sobre los sectores responsables y respondientes en estos casos.

Cuando hay evidencia de un caso de abuso sexual¹, la atención requiere de herramientas puntuales y concretas. Una de ellas es actuar con prontitud, ya que paralelamente se llevan a cabo la atención y la evaluación del caso, es decir, se facilita un espacio para que las personas implicadas se sientan en un ambiente amable y contenedor, sin juicios ni opiniones personales, pero es indispensable tener contundencia para dar la información que orienta los pasos a seguir, explicando y garantizado el cumplimiento de la ruta de atención.

Cuando se habla de atender se hace referencia a crear un espacio donde las personas encuentren seguridad, para expresar lo que saben, sienten y piensan, y puedan sentirse en libertad para aclarar todas sus dudas. Al evaluar se busca que quien atiende establezca un concepto con base en el criterio profesional, el análisis de la observación de la conducta del niño, niña o adolescente y sus acompañantes, y la síntesis de las entrevistas realizadas a quienes están viviendo la situación de abuso (si la edad lo permite) y a las personas acompañantes. Más adelante se ampliarán en detalle los elementos que deben ser considerados, tanto en la observación como en las entrevistas,

¹ El sector salud, sólo hace una impresión diagnóstica en estos, los encargados de determinar si la situación de abuso se dio son los peritos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses después de los exámenes correspondientes y el Juez quien dirá después de analizar las pruebas si el abuso sexual se presentó o no.



y se ofrecerán algunas recomendaciones para hacerlas.

Por último, pero no menos importante, es que en la intervención inicial se debe articular la atención del sector salud con la de los otros sectores participantes en la ruta; del tipo de información brindada y la calidad de comunicación que se logre será posible que se cumpla el proceso, involucrando a los otros sectores.

En la intervención primaria del caso se deben hacer entrevistas al niño, niña (si la edad lo permite) o adolescente y a sus acompañantes. Idealmente por separado, para luego evaluar el nivel de coherencia y veracidad de la información. Es necesario advertir que en las situaciones de abuso sexual se dan dinámicas familiares que dificultan la intervención y que los casos sean remitidos al sistema judicial, pues nuestros esquemas culturales no son claros frente a la respuesta que se espera de las familias y personas cuidadoras en situaciones de abuso, lo que dificulta que se acceda a la ruta de atención con confianza y claridad.

Sin embargo, estos casos requieren una atención integral, donde los otros sectores garanticen que las víctimas y sus familias tendrán un proceso justo de reparación; que será uno de los medios para que la elaboración psíquica tenga lugar en la vida de los niños, niñas o adolescentes y sus familias.

Atención al niño, niña o adolescente

En la intervención inicial a un caso de abuso sexual la persona que será el centro de la atención es el niño, la niña o el adolescente, por tal razón, uno de los propósitos transversales en las acciones es evitar la revictimización². Cuando un niño, niña o adolescente resuelve revelar el secreto tiene la esperanza de que lo protejan, lo cuiden y hagan algo para transformar lo

² Por revictimización se entiende, que el niño, niña o adolescente y su familia tenga que vivir cualquier parte del proceso, despojados de los derechos que les otorga la Ley, sintiéndose nuevamente víctimas y afectándose su proceso de elaboración.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



que vivió o lo que está viviendo. Esto plantea al equipo que participa en la atención el compromiso de hacer que la víctima se sienta segura, para eso es necesario crear un espacio confiable y esto se logrará si la persona siente que se le cree, se le muestra comprensión y respeto frente a sus actitudes, se le aclara que en los casos de abuso los responsables del acto son las personas abusadoras y que se dispondrán todos los recursos que se requieran para que esté bien y a salvo, al igual que los miembros de la familia (Escartín, 2003).

Como se explicó en la introducción de este apartado, frente a la sospecha de un caso de abuso en un servicio de salud se debe, en lo posible, recibir una información general y luego tratar de entrevistar a las personas implicadas por separado. Por esto hay que evaluar si el niño o niña está en capacidad de tolerar que sus padres o personas acompañantes se retiren mientras se realiza la entrevista, Escartin (2006) recomienda que niños y niñas menores de cuatro años permanezcan en compañía de una persona de confianza.

Esta entrevista debe desarrollarse en un ambiente de tranquilidad y retomando a Vargas y Mejía (1997) el esquema puede ser en tres etapas:

- ☉ **Introducción:** se le explica al niño, niña o adolescente en qué consiste la entrevista y el alcance de la intervención que hace la persona que lo atenderá, esto de acuerdo su nivel de comprensión.
- ☉ **Contención y evaluación:** con la historia que el niño, niña o adolescente cuenta, se valida la expresión de sus sentimientos, de acuerdo con las situaciones expresadas se determinan los riesgos (que el niño, niña o adolescente no estén en contacto con la persona abusadora y que no exista la posibilidad de que puedan ser lastimados de alguna forma) y el impacto de la situación, además se prepara para el examen de medicina legal³ y el proceso de denuncia.

³ Para la profundización de los elementos técnicos en la realización del examen físico y el mantenimiento de la cadena de custodia se recomienda el texto: "Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" Publicado por el Instituto de Medicina legal y ciencias forenses, en su versión número 3 de 2009.



- ⊙ **Cierre:** se retoma lo hablado durante la entrevista, se refuerzan las estrategias que el niño, niña o adolescente utilizaron para enfrentar y tratar de cambiar la situación y se le cuenta sobre la red de apoyo familiar, extensa y sectorial con la que cuenta. Por último, se le explica en qué consiste la remisión al proceso de denuncia y a los otros sectores de la ruta.

En caso de que durante el proceso de entrevista se detecten síntomas exacerbados de ansiedad, depresión, ideación suicida, gestos suicidas, autoagresiones o exoagresión, fugas de la realidad o trastornos obsesivos compulsivos se debe remitir inmediatamente al segundo nivel de atención a evaluación por psiquiatría (ver Protocolo de atención por psiquiatría).

Intervención inicial con la familia

Las entrevistas con familiares o acompañantes cumplen varios propósitos, como ayudar a obtener la información que se necesita, confirmar las sospechas, comenzar a intervenir y a encontrar solución a los problemas, especialmente a los que tienen que ver con la seguridad y protección del niño, niña o adolescente. En estas acciones no se puede perder de vista que quienes intervienen deben facilitar y acompañar el proceso, propender por establecer un clima de cordialidad, donde las personas participantes puedan expresar los hechos, identificar los recursos con que cuentan para enfrentar la situación, así como manifestar las limitantes que le ven al proceso; siguiendo el esquema planteado por Vargas y col. (1997) sería:

- ⊙ **Introducción:** se realiza el encuadre y se plantean los objetivos de la entrevista.
- ⊙ **Contención y evaluación:** se permite la expresión de sentimientos, se evalúa la situación, se reconocen los recursos que tiene la familia para proteger⁴ a la víctima, se identifican acciones para que la situación no

4 Durante la evaluación, se establecen las acciones que debe tomar la familia para garantizar la protección del niño, niña o adolescente. Informándole a los adultos que en lo posible no se debe alejar al niño, niña o adolescente de su vida cotidiana (intervenciones donde por proteger a los niños, niñas o adolescentes se los separa del hogar, los



vuelva a repetirse, se prepara la denuncia y se indagan las capacidades para elaborar la situación y mejorar el sistema de vinculación afectiva y de protección a los niños, niñas y adolescentes.

También en esta etapa se ofrece información sobre el rol y la intervención que los sectores de protección y de justicia tienen en la ruta de atención, además se les prepara para la intervención de medicina legal (en caso de que en el municipio no exista el Instituto de Medicina Legal, se les prepara para el examen médico-legal).

- **Cierre:** al final se motiva para asumir con compromiso todo el proceso de atención, explicando lo complejo que puede resultar, se resalta la importancia de recurrir a las redes de apoyo en los diferentes sectores y se hacen las remisiones pertinentes. Con el fin de reafirmar lo conversado se les pide hacer una síntesis de lo trabajado durante la entrevista.

Cuando la persona sospechosa de ser abusadora se presente en el proceso de atención inicial se recomienda tener en cuenta los siguientes puntos para la realización de la evaluación respectiva (Vargas y col. 1997):

- Explorar los sentimientos.
- Evaluar los antecedentes familiares.
- Evaluar el potencial de violencia.
- Identificar la psicopatología asociada.
- Hacer remisión.

La ruta que de acuerdo a la Ley 1146 del 2007 debe ser presentada y tenida en cuenta por los y las profesionales del sector salud que atienden los casos de abuso sexual es la siguiente.

puede llevar a sentirse castigados y a afianzar sus sentimientos de culpa), por lo que el que tiene que alejarse es el abusador (a). Pero si se detecta que la familia no cuenta con los recursos necesarios y suficientes para proteger al niño, niña o adolescente se recurre a que ICBF establezca la medida de protección que en su criterio más le conviene al niño, niña o adolescente antes de que el niño, niña o adolescente sea dado de alta.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



ruta de atención en casos de abuso sexual infantil

*"La visión sin acción es un sueño,
Pero la acción sin una visión es una pesadilla"*
Joven, Europa y Asia Central, 2006.

Con base en la propuesta de atención primaria se ofrece a continuación información concreta, clara y sencilla de la ruta de atención y los pasos que se deben seguir desde que se instaura la denuncia y se da marcha al proceso judicial.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

⦿ **Funciones de la comunidad educativa en la detección de casos de abuso sexual infantil.**

Según Ley 1146 de 2007, Capítulo IV:

- Identificar el caso.
- Denunciar casos ante las autoridades administrativas (secretarías de educación) y autoridades judiciales competentes.
- Seleccionar docentes idóneos que tengan a su cargo los programas de educación para la sexualidad.
- Diseñar y ejecutar programas de prevención (cátedra de salud pública y educación para la sexualidad).

Según Ley 1098 de 2006, Artículo 43:

- Proteger eficazmente a los niños, niñas y adolescentes.
- Acompañar y orientar a la víctima.
- Garantizar la continuidad de la víctima en el sistema educativo.
- Gestionar el traslado a otra institución educativa de ser necesario.
- Realizar seguimiento a los casos.



- Establecer la ruta interna, en el manual de convivencia, para la identificación de los casos.

Estos aspectos se profundizan en el Instrumento de Detección y Prevención del Abuso Sexual en Comunidades Educativas (SSSA, 2010).

⊙ **Intervención del sector salud en casos de abuso sexual infantil**

- Identificar el caso.
- Atender el caso como una urgencia médica, en compañía de profesionales de las áreas psicosociales, preferentemente de psicología.
- Realizar la notificación del caso al SIVIGILA, de acuerdo a los procedimientos, instrumentos y frecuencia estipulados en el Protocolo de Notificación; además informar al encargado del sistema de aseguramiento a que pertenece el paciente (EPS C, EPS S, SSM, SSSA), las personas que por su condición de afiliación al SGSSS no hagan parte de ningún asegurador deben ser notificados a la SSSA. (Ley 1146 de 2007 y Ley 1098).
- Garantizar la atención integral a las víctimas de abuso sexual (según lo previsto en la Ley 1098 de 2006; Artículo 41, Incisos 8, 11, 13, 16 y 26; Artículo 27, Parágrafo 1).
- Recibir el caso: (según lo previsto en la Ley 1146 de 2007, Capítulo III, Artículo 9).
- Atender las emergencias, asegurar las muestras y recoger de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la cadena de custodia (Ley 906 de 2004).
- Ordenar y/o realizar los exámenes de laboratorio.
- Garantizar la anticoncepción de emergencia.
- Brindar atención terapéutica (física y psicológica).
- Asegurar el tratamiento para las ITS y el VIH/SIDA.
- Hacer las veces de forense cuando el Instituto de Medicina Legal no exista en el lugar (Examen sexológico).
- Dar aviso inmediato al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), cuando se trate de un menor de edad, y a la Fiscalía (CAIVAS) o la autoridad judicial más cercana, comisaría de familia en los municipios donde no hay CAIVAS ni fiscalía.



- Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la atención a las gestantes adolescentes, según lo previsto en la Ley 1098 de 2006, Artículo 46, Inciso 8.
- Capacitar al personal para detectar maltrato físico y psicológico, abuso, explotación violencia sexual, según lo previsto en la Ley 1098 de 2006, Artículo 46, Inciso 10.

⊙ **Actividades a cargo del ente territorial departamental y/o municipal**

- Asesoría, asistencia técnica, capacitación y solicitud de requerimientos a las ESE, IPS, EPS y EPS S en la vigilancia epidemiológica de salud mental.
- Capacitación, vigilancia y control de la aplicación de normas técnicas y guías de atención a las ESE, IPS y EPS.
- Investigación epidemiológica de campo.
- Análisis del comportamiento epidemiológico en los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE), institucionales y municipales.
- Consolidar la información enviada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y enviarla al nivel superior de acuerdo al flujo de información establecido para la notificación.
- Seguimiento al cumplimiento de las normas: Resolución 412, Ley 1098, Ley 575 de 2000, Ley 1146 de 2007.

⊙ **Denuncia**

Se realiza en forma verbal, escrita o por internet (www.dignidadinfantil.gov.co), la debe presentar la víctima o un tercero que puede ser anónimo. Las siguientes entidades tienen la responsabilidad de recibir la denuncia:

- Fiscalía General de la Nación (FGN).
- Policía Nacional de Colombia.
- Comisarías de familia.
- Inspecciones de policía.
- En algunos municipios, el Departamento Administrativo de Seguridad (DAS), las Unidades de Reacción Inmediata (URI) y las Unidades Especializadas para los Delitos Contra la Libertad Sexual.

⊙ **Responsabilidades del Centro de Atención Integral a las Víctimas de**



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Violencia Sexual (CAIVAS)

- Realizar investigación sociofamiliar.
- Gestionar de inmediato la denuncia ante la fiscalía.
- Acompañar y brindar apoyo psicoterapéutico a la víctima y su familia.
- Solicitar diagnóstico de medicina legal.
- Remitir y gestionar atención a los servicios especializados: nutrición, psicología, trabajo social, educación y salud.
- Tomar medidas de protección definitivas.
- Remitir al centro zonal para seguimiento del caso.

⊙ Responsabilidades de las comisarías de familia

- Recibir las denuncias en las que está involucrado un menor de edad y remitirlas a la Fiscalía.
- Tomar las medidas de emergencia y acciones policivas que sean necesarias.
- Realizar allanamientos cuando hay un menor de edad en peligro.
- Conocer y decidir en caso de violencia intrafamiliar y decretar medidas de protección. Las medidas de protección que dictan las comisarías o juzgados son:
 - Ordenar a la persona agresora el desalojo del ámbito familiar, cuando su presencia constituya un riesgo para la víctima.
 - Ordenar a la persona agresora no penetrar o ingresar al lugar donde se encuentra la víctima.
 - Impedir que los niños, niñas y adolescentes sean trasladados, escondidos o raptados.
 - Disponer que las personas involucradas acudan a tratamiento reeducativo y terapéutico.
 - Ordenar a la persona agresora el pago a la víctima de daños o perjuicios causados por la agresión como medida de restitución.
 - Ordenar apoyo policivo a la víctima y a su familia de manera provisional.



⊙ Responsabilidades de la Policía Nacional de Colombia

- Identificar o detectar el caso.
- Recibir denuncia.
- Proteger la escena del delito.
- Garantizar el traslado de la víctima a un lugar de protección.
- Remitir a la Fiscalía.
- Acompañar y orientar a la víctima.

⊙ Responsabilidades de la Fiscalía General de la Nación

- Recibir las denuncias.
- Investigar los delitos con el apoyo del Cuerpo Técnico de Investigación (CTI), quien investiga al presunto agresor.
- Acusar a los presuntos infractores ante los juzgados o tribunales competentes.
- Disponer la protección a las víctimas o testigos; en caso de violencia intrafamiliar, incluida la sexual, el fiscal tiene la facultad de ordenar medidas de protección.
- En el evento de conocer un caso de violencia sexual, el fiscal encargado, después de proceder de oficio, o sea de tener conocimiento del hecho por diferentes fuentes, decide si a partir de la investigación se determina que hay delito, el fiscal acusa al sindicado o responsable ante el juez penal. La Ley 360 de 1997 dispone la creación de unidades especializadas de la fiscalía con su cuerpo técnico de investigación para los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana.

⊙ Responsabilidades del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

- Garantizar de manera integral la protección de niños, niñas y adolescentes agredidos sexualmente, las demás instituciones deben coordinar siempre con el ICBF.
- Dictar medidas de protección para niños, niñas y adolescentes en situación de abuso o explotación sexual.
- Retirar, en caso de ser necesario, los niños, niñas y adolescentes del cuidado de su padre, madre o persona cuidadora y asignar custodia



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



provisional o definitiva.

- Garantizar el tratamiento psicoterapéutico de la familia que lo requiera.
- Hacer acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes agredidos.
- Ofrecer atención y asesoría a través de la línea nacional 018000918080.

© **Responsabilidades del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses**

- Realizar las pruebas periciales necesarias para la toma de decisiones en los procesos judiciales y de protección.
- Brindar información en los procedimientos a seguir.
- Remitir a las instituciones de salud para la atención de la patología física y/o psíquica que pueda derivarse del hecho, así como para la prevención del embarazo y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual.
- Recopilar evidencia médico-legal (cadena de custodia).

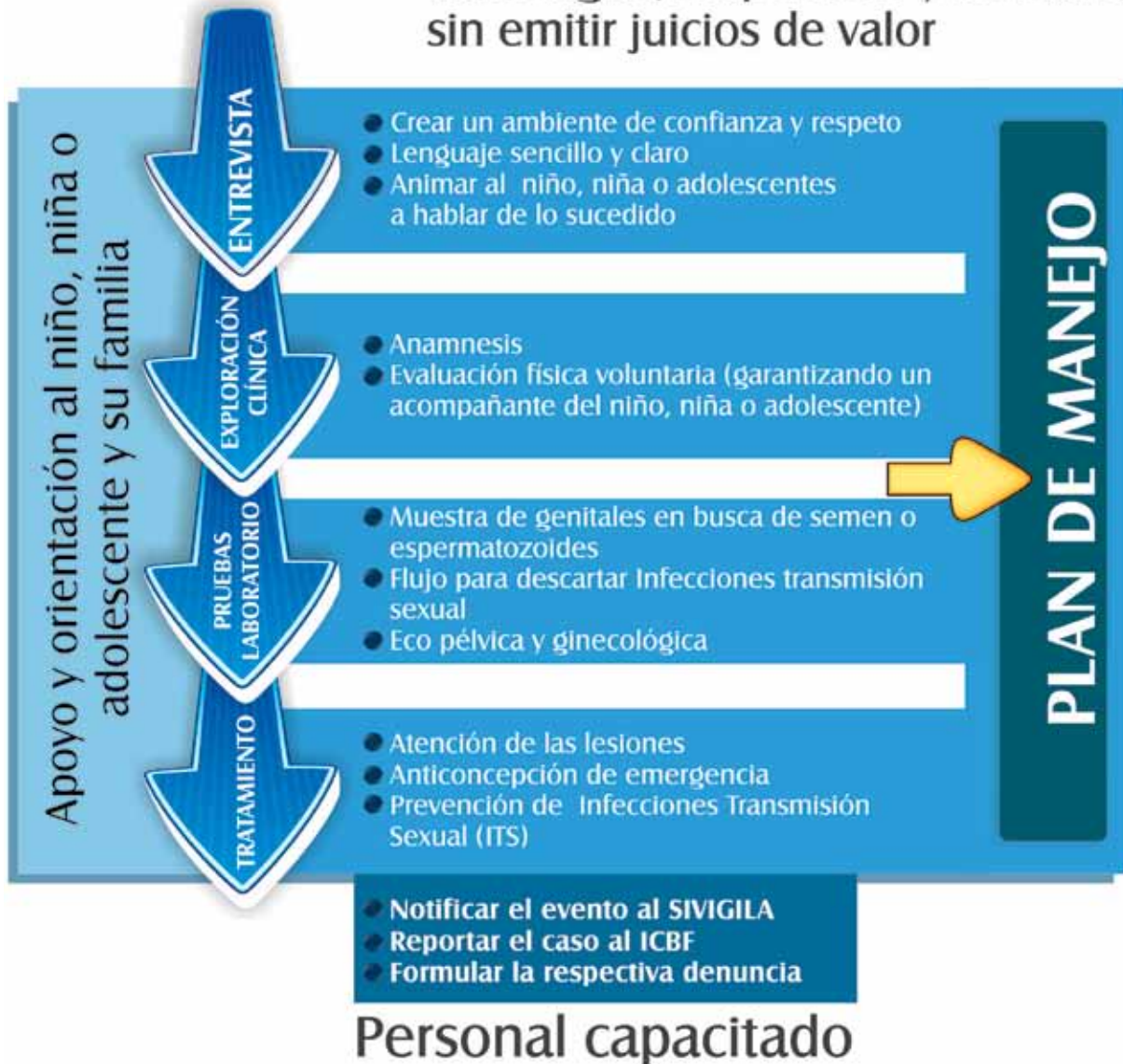
© **Responsabilidades de los organismos de control**

- La Procuraduría General de la Nación (PGN) interviene en la vigilancia del proceso.
- La Defensoría del Pueblo y la Personería Municipal velan por el cumplimiento de las competencias y acuerdos.



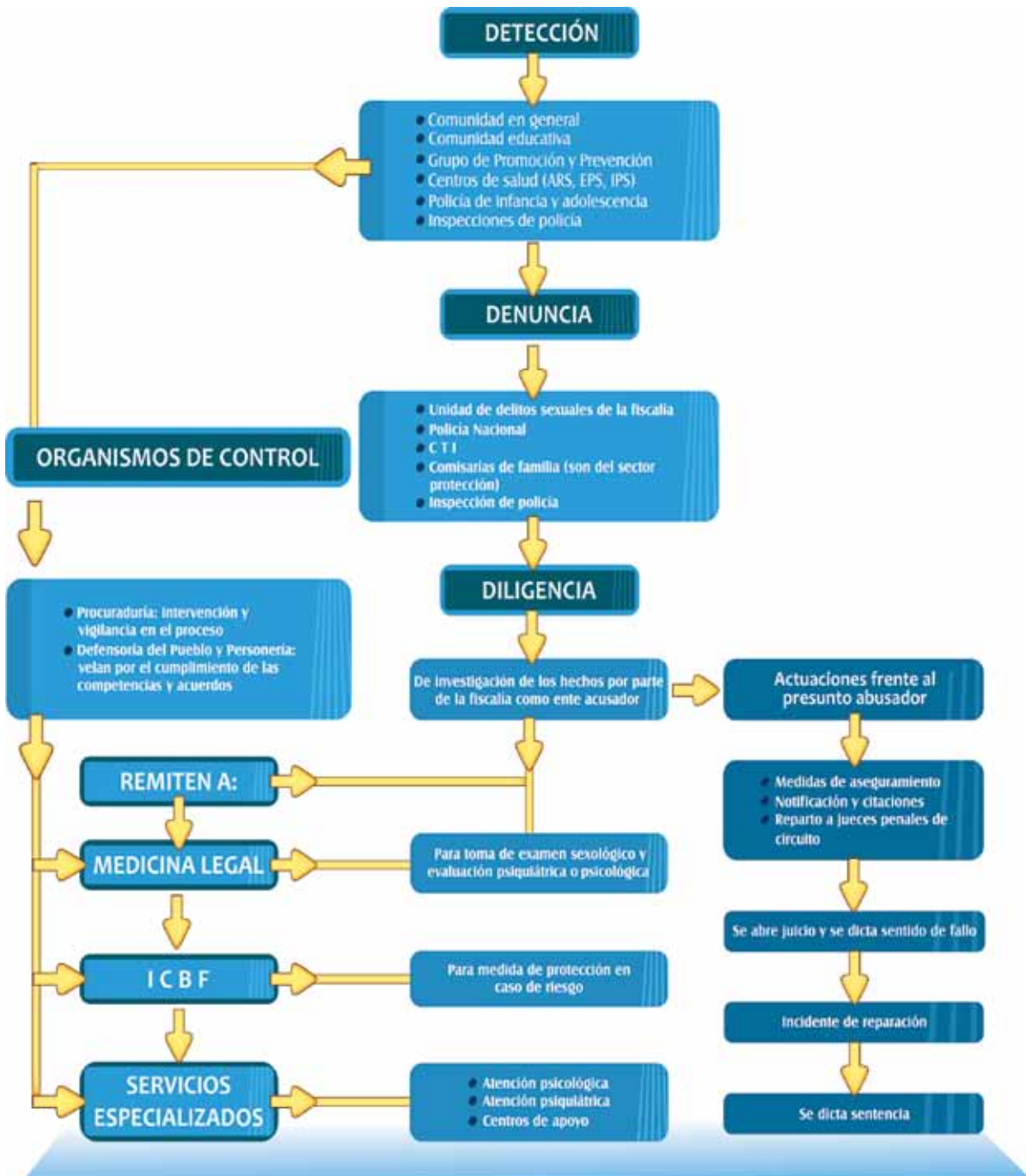
ATENCIÓN INICIAL EN CASO DE ABUSO

Trato digno, respetuoso y sensible,
sin emitir juicios de valor



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

ruta de denuncia y atención en casos de abuso sexual infantil





INTERVENCIÓN COMPLEMENTARIA

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA



El primer referente de la intervención complementaria para un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual debe ser profesional de psicología, quién realizará la intervención terapéutica y a partir del proceso de evaluación y diagnóstico referirá a la víctima al proceso individual o grupal, dependiendo de sus hallazgos clínicos. Posterior al proceso de evaluación se harán las remisiones pertinentes a psiquiatría y a otras especialidades.

En algunos casos se requiere intervención individual por algún tiempo, con el propósito de que el niño, niña o adolescente adquiera las condiciones necesarias para el proceso psicoterapéutico grupal.

Psicoterapia

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2001) la psicoterapia consiste en la realización de intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las



pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales.

PROCESO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El proceso de evaluación y diagnóstico se realizará en sesiones individuales con el niño, la niña o el adolescente y con las personas adultas protectoras (Martínez, 1993), en estos dos procesos se busca:

- Evaluar el proceso de desarrollo del niño, la niña o el adolescente.
- Conocer la dinámica familiar.
- Establecer un vínculo terapéutico.
- Determinar si el niño, niña o adolescente cumple con los criterios para participar de la psicoterapia grupal o si por sus condiciones se beneficiaría más de la intervención psicoterapéutica individual.
- Comprometer a la familia con la adecuada elaboración de la situación.

Los instrumentos para la evaluación pueden ser: entrevistas, juegos diagnósticos, dibujos libres, pruebas proyectivas (Machover; Test de la familia; Test casa, árbol, persona; plastilina y pinturas) y otras pruebas objetivas que maneje el profesional y que aporten a la comprensión clínica del caso.

Cuando se da inicio a la evaluación general del proceso se realiza un encuadre terapéutico explicativo de lo que pueden esperar, retomando los pasos a seguir desde lo legal. En esta entrevista con los padres y madres se reevalúan aspectos importantes como la capacidad de comprensión de la situación, el nivel intelectual general, la capacidad de compromiso y de cuidado con el niño, niña o adolescente, la afectación y el estado emocional. En caso de ser necesaria la profundización de estos aspectos, se deben programar otras citas para evaluar el desarrollo del niño, niña o adolescente, la dinámica familiar y la situación emocional de los padres, madres o personas cuidadoras.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



En la primera sesión también se explica y firma el consentimiento informado, documento que formaliza la intervención directa con el niño, niña o adolescente. En esta reunión se debe comunicar también la posibilidad de grabar una o varias de las sesiones, siempre y cuando ellos lo autoricen. Es en el diagnóstico donde se consolidará el concepto del o de la profesional con una síntesis que establezca el nivel de desarrollo alcanzado por el niño, niña o adolescente en todas las áreas, correlacionándolas con la edad cronológica y con la escolaridad.

Ya centrándose en la vivencia de la situación de abuso es importante establecer en el proceso de diagnóstico psicológico lo siguiente (Cuadros, 2002):

- Edad cuando comenzó el abuso.
- Duración del abuso.
- Tiempo en el cual el abuso comenzó a percibirse como intrusivo e invasivo de la intimidad del niño, la niña o adolescente.
- Si el abuso se ha guardado en secreto.
- Cuándo y a quién se contó el secreto.
- Cuál fue la reacción inicial de esta persona.
- Cómo fue tratada la víctima después de contar el abuso.
- Qué sentido e interpretación le ha dado el niño, niña o adolescente a la situación de abuso.
- Qué percepción tiene el niño, niña o adolescente de sí mismo.
- Si el paciente fue obligado mediante el uso de la fuerza física.
- Si se utilizaron amenazas que fueron creídas por el niño, niña o adolescente.
- Qué tipo de amenazas se utilizaron y sobre quién.
- Cuánto tiempo duró.
- Cómo fue escondido el abuso sexual del mundo exterior a la familia.
- Si existe otra experiencia difícil o traumática en la vida del paciente.
- Cuáles son los eventos importantes en la vida del paciente.
- Si el niño, niña o adolescente sufrió síndrome de acomodación (Summit, 1983, citado por Cuadros, 2002): secreto, indefensión, atrapamiento, acomodación y retractación.

Es importante recordar que un adecuado proceso de diagnóstico es terapéutico y que todo dato significativo debe ser registrado de manera descriptiva en la historia clínica. Cuando ya se ha construido el diagnóstico descriptivo y se tiene un concepto final, se debe hacer la devolución al niño, niña o adolescente y a sus familiares (que han participado y se han comprometido en el proceso). En la devolución se informan los hallazgos y se hace el empalme con el proceso psicoterapéutico grupal o individual, de acuerdo al caso, también se hacen las remisiones pertinentes a psiquiatría o las otras especialidades que permitan brindar la atención requerida, de manera integral.

Indicaciones para la remisión a psiquiatría

Las indicaciones para remitir un niño, niña o adolescente a evaluación por psiquiatría son las siguientes:

- ◎ **Interrogantes después de la evaluación.** Es compleja la evaluación clínica de todos los niños, niñas y adolescentes con historia o sospechas de abuso y violencia sexual. No solo por la variedad de los comportamientos que pueden presentarse con posterioridad a las situaciones traumáticas, sino por la diversidad de factores psicosociales y familiares implicados en la situación. Esto hace que la evaluación tenga un reto clínico mayor. Cuando se tengan dudas sobre la entrevista, el examen del estado mental, la información que suministran los padres, madres o personas acudientes o sobre el diagnóstico de la problemática clínica que presenta el paciente menor de edad debe solicitar interconsulta por psiquiatría.
- ◎ **Severidad del cuadro clínico.** Las conductas sexuales problemáticas en el contexto de menores con antecedentes de agresión y violencia sexual pueden presentarse de tal magnitud que constituyen un riesgo para la integridad de otros menores de edad que rodean al paciente afectado. El riesgo de abusar de otros niños o niñas es alto por parte de menores que ya han sido abusados, estos casos necesitan evaluación por psiquiatría.
 - Disfuncionalidad en alguno o varios ámbitos de la vida del menor (hogar, colegio, relación con pares) que se vean afectados por el



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



estado emocional o el comportamiento y que no mejora a pesar de la psicoterapia.

- Presencia o sospecha de trastornos del neurodesarrollo preexistentes en la persona abusada, tales como retardo mental, autismo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos del aprendizaje y otras discapacidades de índole neuropsiquiátrico.
- Antecedentes de trastornos emocionales en el o la paciente, previos a los eventos de abuso y violencia sexual.
- Coexistencia de varios trastornos emocionales o del comportamiento en el o la misma paciente.
- Sintomatología que por su severidad o presentación clínica requiere manejo farmacológico concomitante con la psicoterapia, como: depresión moderada a severa, distimia, trastorno afectivo bipolar, crisis de ansiedad o angustia recurrentes, trastornos de ansiedad con disfuncionalidad moderada a severa (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad social o trastorno de pánico), conductas de agresión que no ceden a pesar del tratamiento instaurado, trastornos de conducta disruptiva como el trastorno de conducta disocial y trastorno oposicionista y desafiante en el cual se sospeche comorbilidad con depresión.

En el momento de la devolución hay que dejar claro al padre, la madre o las personas adultas protectoras, así como al niño, niña o adolescente, que el apoyo y cuidado familiar, de las personas significativas y de la comunidad, permitirán que el tratamiento sea efectivo y que ellos puedan crecer hasta volverse personas adultas sanas.

Es importante precisar que el niño, niña o adolescente puede consultar a cualquier nivel de atención y siempre se le debe garantizar la atención médica de urgencia con todos los procedimientos ya descritos.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBIERNO DE ANTIOQUIA



Nota: de manera paralela a los procesos de construcción de la historia clínica, se debe desarrollar un informe psicológico que puede ser requerido por los otros sectores que componen la ruta de atención (protección y justicia). Además, es indispensable diligenciar y remitir la ficha de notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica; esta notificación se debe hacer cuando existan sospechas o casos confirmados.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La terapia psicológica individual centrada en el abuso plantea, desde la relación terapéutica, el restablecimiento de vínculos que a su vez darán paso a la elaboración, resignificación y reconstrucción de la imagen, enmarcada en la elaboración psíquica. En este sentido la terapia es un medio por excelencia para el fin terapéutico y de reparación, puede ser en ocasiones la única forma de intervención para algunos casos, dada la complejidad de los mismos. El éxito de la psicoterapia depende de la preparación, conocimiento y experiencia clínica del o de la profesional en psicología, de acuerdo con su capacidad acompañante, interpretativa e integrativa en cada sesión.

La psicoterapia individual plantea el trabajo focalizado desde las necesidades del paciente, reveladas en la evaluación y durante el proceso subsiguiente; se propone trabajar principalmente la desculpabilización, el manejo de la confianza, los límites, la autoprotección, la reubicación en el ámbito familiar, el fortalecimiento de las áreas libres de conflicto, entre otros. Este proceso se divide en tres momentos:

- Evaluación, de 4 a 6 citas.
- Devolución, una cita con los padres, madres o persona responsable.
- Intervención terapéutica reparatoria, desde la primera cita se



establece la intervención como tal y se va evaluando si el niño, niña o adolescente requiere más tiempo en terapia individual, si requiere ser remitido a psiquiatría u otro tipo de especialidad y si puede integrarse a la terapia grupal.

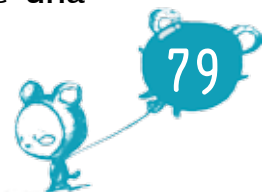
El número de citas es variable, teniendo presente el cumplimiento de los objetivos de la psicoterapia centrada en el abuso, así como el desarrollo de los temas que se abordan en la psicoterapia grupal.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Partiendo del análisis de varios modelos de atención en el tratamiento del abuso sexual infantil en el contexto mundial (Lamers-Winkelman, F., 2006; Van Hasselt, V. B., Hersen, M. y Futa, K., 1988) y con base en el estudio de las realidades económicas, sociales y culturales de los distintos municipios de Antioquia, se considera que el modelo más cercano y adaptable a la realidad antioqueña es el modelo chileno de terapia grupal en abuso sexual infantil. Esta terapia, propuesta por la doctora Josefina Martínez Bernal y sus colaboradores, fue presentada en el Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes, realizado en Uruguay en Noviembre de 1993.

La terapia grupal es una medida de tratamiento completa ya que está fundamentada en el apoyo brindado por los y las terapeutas, y por la experiencia grupal que posibilita compartir con pares que han tenido experiencias similares, lo que ayuda a disminuir la estigmatización; es en el grupo donde se reconoce el abuso, se confirma y se da lugar a la validación de las experiencias particulares (Martínez, 1993).

Esta terapia ofrece un contexto propicio para romper la conspiración del silencio que se genera en torno al abuso; ofrece un espacio donde una



persona adulta contiene las emociones y las palabras, escucha y acompaña a través de la relación terapéutica, da lugar al restablecimiento de la confianza en las personas adultas, en la vida y en los vínculos.

La psicoterapia grupal es un proceso relacional, la persona adulta o terapeuta establece una relación basada en el reconocimiento de las necesidades infantiles donde prima el respeto y la validación del niño, niña o adolescente como persona (Martinez 2003).

Existen ventajas adicionales del tratamiento grupal, ya que el grupo permite a la persona contrarrestar su aislamiento y resignificar sus sentimientos de estigmatización, culpabilidad y baja autoestima.

Objetivos generales de la psicoterapia

- › Promover la elaboración e integración de la experiencia de abuso sexual.
- › Facilitar la continuación del desarrollo interferido por la situación de abuso.
- › Prevenir la internalización de pautas abusivas de relación que perpetúen el ciclo de la violencia.
- › Aceptar la dolorosa historia y así evitar trastornos mentales en la adolescencia y en la edad adulta (Escartín, 2003).

Objetivos específicos de la psicoterapia

- › Fomentar el reconocimiento, validación y manejo de las emociones generadas por el abuso.
- › Facilitar y validar la expresión de sentimientos de ambivalencia hacia las figuras parentales.
- › Mejorar el sentimiento de valoración personal.
- › Promover el desarrollo de conductas de autoprotección frente a situaciones abusivas.

Metas de la psicoterapia

- › Meta restauradora. Parte de la seguridad que le brinda la relación terapéutica; el niño, niña y adolescente evidencia un proceso de restauración de vínculos.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



- Meta integrativa. Orientada a la elaboración e integración de las vivencias traumáticas.
- Meta resignificativa. Parte de reconocer y contactar las emociones ligadas a la experiencia abusiva y revisar sus significados para explorar la comprensión de lo ocurrido. Se pretende desculpabilizar al niño, niña y adolescente, para que se reconozca como víctima, dándole la responsabilidad de los actos de abuso a la persona abusadora para pasar de víctima a sobreviviente, esto permite conectar emociones y significados.

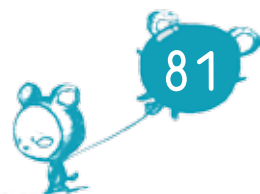
Ventajas de la terapia grupal

- Disminuye la estigmatización: no se es único en la vivencia de abuso, la intervención se moviliza vía identificación, escuchar otros relatos de pares facilita la identificación de sus propias emociones.
- Mejora las relaciones interpersonales: disminuye el retraimiento social.
- Proporciona un ambiente protegido para explorar el evento traumático: a través de la seguridad brindada por los otros niños, niñas y adolescentes y la confianza brindada por el o la terapeuta.
- Aumenta la cobertura y aminora los costos.



Lineamientos generales del proceso terapéutico

- Implementación de un sistema normativo y protector. Los y las terapeutas proponen formas no violentas de disciplinar y limitar, conceptos determinantes para trabajar con estos niños, niñas o adolescentes que usualmente provienen de ambientes violentos y abusivos. Se pretende crear un ambiente contenedor, respetuoso y protector.
- Promover el manejo de emociones. Si se parte del silencio y autonegación de las situaciones de abuso, el trabajo va dirigido a lograr el manejo de emociones, a partir de la identificación, pasando por el reconocimiento, hasta llegar a la expresión de las vivencias emocionales.
- Abordar las vivencias relativas al abuso. Se lleva paulatinamente a guardar relación en el cómo y en el momento para hablar de la situación de abuso. Contarles descripciones que se aproximan a la definición de abuso y preguntarles: ¿Les pasó algo parecido? ¿Alguien los o las tocó inapropiadamente?, pueden asentir o estar en desacuerdo.



- Rescatando áreas libres del abuso. Pretende ayudarles a reconocer sus recursos personales, fortaleciendo principalmente la autoestima. Así como se habla de lo referente al abuso, también se les permite hablar de experiencias gratas, de lo bueno del colegio, de los amigos o amigas, entre muchas otras cosas. Las actividades lúdicas grupales permiten socialización y entretenimiento; se debe propender al reconocimiento de recursos y competencias personales, no se sugiere sobrefocalizar el tema del abuso y por esto se proponen otros temas buscando rescatar estas áreas libres, lo que a su vez les permite proyectar un futuro por fuera de la victimización. Se enfatiza en destrezas de autoprotección que irían luego de un trabajo previo de elaboración de la experiencia del abuso, para disminuir la culpa y poder entender como no pudieron decir no al abuso.

Estructura del grupo

- Modalidad: grupo cerrado, facilita la cohesión del grupo.
- Número de integrantes: seis a ocho personas, facilita la contención.
- Número de terapeutas: dos (co-terapia), este número será determinado de acuerdo a los recursos de la institución.

Características de los integrantes de los grupos

- Niño, niña y adolescentes del mismo sexo.
- Edad con diferencia no mayor a tres años.
- Diferenciar si es abuso intrafamiliar o extrafamiliar.
- Debe estar garantizada la protección del niño, niña y adolescente al momento de participar en el grupo, el abuso debe estar detenido y debe haber una persona adulta responsable cuidadora que crea en el niño, niña y adolescente.
- Grupos de niños, niñas y adolescentes capaces de asumir normas, límites y el encuadre terapéutico grupal. Los niños, niñas y adolescentes agresivos o con déficit en el control de impulsos u otro tipo de situación puntual, deben ser atendidos en terapia individual.
- Con las personas adultas cuidadoras se busca que esté uno por niño, niña o adolescente y que exista una adecuada comunicación en caso de que se alternen la asistencia al proceso grupal.



Temas de trabajo

- Baja autoestima y vergüenza.
- Imagen corporal.
- Responsabilidad y culpa.
- Secreto.
- Funciones parentales y redes de apoyo.
- Confianza.
- Límites y espacio personal.
- Estrategias para protegerse a sí mismos.
- Preparación para el proceso judicial.
- Fortalecimiento de las áreas libres de conflicto.

Distribución de la terapia de grupo

- ⊙ **Encuadre:** En esta primera sesión se le explica a quienes integran el grupo todo lo relacionado con la dinámica general del grupo: presentación de cada uno de los integrantes: rol de terapeutas (qué hacen y qué pueden esperar de ellos y ellas), razones por las que están las personas integrantes del grupo (referir claramente la situación de abuso que vivieron), forma de convocatoria para llegar allí, objetivos, metodología de trabajo, y por último, se permite la presentación de dudas y expectativas que se ajustarán a la programación.

Con padres, madres o personas cuidadoras se refuerza la importancia de cumplir con los acuerdos que hacen funcional al grupo, igualmente la necesidad de tener continuidad con la intervención psicoterapéutica; además se les explica que el grupo será un espacio donde ellos o ellas encontrarán el apoyo y la información pertinente para brindar una mejor ayuda y acompañamiento a sus hijos e hijas.

- ⊙ **Proceso del grupo:** De la sesión 2 a la 14.
- ⊙ **Reunión del equipo interdisciplinario:** Se busca establecer si durante la psicoterapia grupal el niño, la niña o el adolescente, y sus familias,



lograron alcanzar los objetivos propuestos y cuentan con las herramientas necesarias para evitar que una situación de abuso vuelva a repetirse: así mismo se define a que programas de promoción y prevención deben ser remitidos.

- ⦿ **Cierre:** Sesión 15, la última, en la que se hace la devolución general a todos los y las participantes y acompañantes. Se señalan los logros del grupo, algunos acontecimientos puntuales que constituyan situaciones constructivas para el mismo, así como algunas dificultades, si las hubo, resaltando la manera como el grupo las enfrentó. Se retoman los objetivos y se revierten al proceso y los logros del grupo, se les orienta respecto al proceso de seguimiento, de acuerdo a lo estipulado por la institución y se les da la posibilidad de despedirse y hacer los comentarios que deseen. Es importante que se den los aportes a manera de autoevaluación.
- ⦿ **Seguimiento:** Se hace una síntesis del proceso y de acuerdo con los planteamientos de la institución respectiva, se explican los pasos a seguir, en especial las posibilidad de acceder a citas esporádicas con profesionales de psicología o a la evaluación por parte del grupo psicosocial. En este punto es necesario elaborar un informe a la defensoría de familia o a la autoridad que lo requiera para dejar consignados los aspectos relevantes del proceso (Ver anexo 1).

Nota: El número de sesiones que se proponen son quince, pero, de acuerdo a la dinámica constructiva del grupo, este número puede ser replanteado una vez se haya estudiado a nivel institucional.

Actividades

Estas ayudan a regular la interacción entre los miembros del grupo, facilitando el manejo de las sesiones y promoviendo la expresión y exploración, ya que permiten abordar temas que han sido silenciados. Facilitan la acción y la creación de actitudes positivas porque los niños, niñas o adolescentes



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



abusados tienen sensación de impotencia, baja autoestima e imagen. Cabe anotar que se debe contar con un programa flexible ajustable a la realidad y al proceso del grupo.

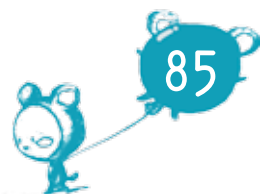
Tiempo de duración: Cada una debe ser de 90 minutos.

Distribución de las sesiones

- ⊙ **Actividad de apertura:** Es el saludo inicial, los y las participantes sentados en ronda hablan de las experiencias de la semana, un poco para romper el hielo, lo cual les propicia contactarse con las propias experiencias y con las de quienes participan en el grupo. Desde el principio de la jornada quienes están participando en el grupo saben el orden a seguir, lo cual les representa un cierto control de la situación, sabiendo qué va a ocurrir, esto les genera cierta tranquilidad.
- ⊙ **Juegos:** Promueven la interacción y apuntan a la integración y cohesión grupal, teniendo como base un ambiente lúdico y tranquilo, se puede trabajar con música de fondo en algunas actividades, ya que esto puede contribuir a disipar el ambiente.
- ⊙ **Actividad central:** En esta se trabaja el tema focal elegido para la sesión y se utilizan técnicas como juego de roles, dinámicas de grupo, narraciones, plastilina o pintura.
- ⊙ **Actividad de cierre:** Terminación del evento, rápida evaluación de la jornada por parte de los y las terapeutas y los y las participantes que quieran opinar. En algunos casos, si la realidad institucional lo permite, se puede compartir un pequeño refrigerio, que tendría un sentido de reparación, luego del desgaste producido al enfrentar estos duros temas.

Actividades propuestas

- ⊙ **Con niños, niñas o adolescentes**



- Siluetas (Hazzard et al., 1986 James, 1989, citado por Martínez, 1993). Cada niño, niña y adolescente se recuesta sobre un papel grande y el o la terapeuta delinea la silueta de su cuerpo (teniendo en cuenta la distancia y evitando acercamientos innecesarios, contando con su consentimiento y sin obligarlos). Se trabaja la autoimagen realizando un autorretrato de tamaño real, dibujándole los rasgos de su cara y la ropa respectiva. Se hacen confrontaciones con respecto a cómo se sienten con su cuerpo o al sufrimiento que les produjo el abuso en el cuerpo. Con esta actividad se trabajan los temas de imagen corporal y autoconcepto.
- Mapa de emociones (Casey y Depta, 1993, citado por Martínez, 1993). Se puede utilizar la silueta anterior o un formato diseñado de una silueta humana, se les entrega un listado de emociones (rabia, cariño, miedo, pena, vergüenza, alegría), en niños y niñas de corta edad se les pueden mostrar imágenes alusivas a estos sentimientos. Luego se les pide que asocien un color a cada una de estas emociones y que lo pinten en la parte o partes del cuerpo donde sienten esa emoción. Los resultados permiten expresar las emociones, luego de cada miembro del grupo las identifica de una manera diferente y única. Con esta actividad se trabajan los temas de emociones e imagen corporal (Ver Anexo 2).
- Cuento (Pardeck, 1990, citado por Martínez, 1993). Se pueden utilizar cuentos como Algo me sucedió y me asusta contarlos de Patricia Kehoe (1987); Camilo y Camila aprenden a cuidarse, ver anexo 5; El secreto de Juliana, ver anexo 6; y Carola y su amigo el perro, ver anexo 7 (Martínez 2003). En estos cuentos los o las protagonistas son personas abusadas, lo que facilita que se identifiquen con los personajes principales y reafirmen que no son los únicos que han vivido estas situaciones. Estos cuentos son medios para hablar sobre el abuso y buscar alternativas para reencuadrar la situación traumática; también se puede proponer que los integrantes inventen sus propios cuentos, o en pequeños grupos puedan crear un cuento y a su vez se logre el objetivo propuesto. Con esta actividad se trabajan los temas de responsabilidad, culpa y secreto.

- Máscaras de emociones (Kitchur y Bell, 1989, citado por Martínez, 1993). Se les proporciona material (platos blancos, palos de paletas, marcadores, pinturas, escarcha, entre otros) para que los niños, niñas y adolescentes construyan máscaras que representen alegría, pena, enojo, vergüenza. Este material se guarda y puede utilizarse en otras sesiones, al igual que las siluetas pueden adornar el salón en cualquier momento. Esta actividad promueve la expresión de cada uno de estos sentimientos que es facilitado por el tener la cara tapada y no tener contacto visual directo con las otras personas. Se pueden relacionar las máscaras con los cuentos e ir escogiendo la máscara de acuerdo con la emoción que le genera el relato. También se pueden utilizar frases alusivas al sentir, como por ejemplo: hablar de lo que me pasó me produce (se escoge la máscara correspondiente). Con esta actividad se trabaja el tema de emociones.
- Diálogo de sillas (Kitchur y Bell, 1989, citado por Martínez, 1993). Es complementario de la historia Carola y su amigo el perro. Se dramatizan diálogos imaginarios entre los y las asistentes del grupo y la protagonista del cuento. Se colocan dos sillas, una frente a la otra, en una se sienta quien representa a Carola y en la otra se van rotando las personas asistentes expresando frases que le hagan sentir mejor, como por ejemplo: Cuéntale a tu mamá o yo también sentí lo mismo; esto a su vez le permite a cada asistente referir su propio sentir, siendo esta una experiencia de reparación, ya que se ayudan entre todos y todas. Con esta actividad se trabajan los temas de responsabilidad y culpa.
- Juego de roles (Hazzard et., 1986; Celano, 1990; Bannister, 1997; Van de Putte, 1997, citados por Martínez, 1993). Permite poner en escena las vivencias y proponer nuevas alternativas. Se puede poner el final del cuento de Carola y su amigo el perro para que dramaticen, por ejemplo, qué pudo decir su madre cuando le contó su secreto, insistiendo en la creación de modelos de madres fuertes y protectoras; también se pueden escoger otros trozos de los demás cuentos con objetivos precisos.

- Caminata de confianza (Kitchur y Bell, 1989, citado por Martínez, 1993). En parejas, una persona con los ojos vendados guía a la otra, llevándola por un camino de obstáculos. Este ejercicio sirve para enfrentar situaciones de confianza en los demás y enfatiza en poder identificar a las personas que le ayudaron cuando decidieron hablar de su secreto.
- Mis zonas privadas (The Rape and abuse crisis center, 1987), citado por Martínez, 1993. Se parte de la analogía con un semáforo, así: se le entrega a cada participante un dibujo con la figura de un niño o niña (por delante y por detrás), se les da un color rojo para colorear las partes del cuerpo en que fueron tocados o tocadas y les produjo incomodidad, y con color verde colorear las zonas donde sintieron cierta satisfacción o agrado, haciendo analogía con un semáforo, en el rojo se para y en el verde se sigue, aclarando que existen contactos de afecto bueno. Se sugiere hacer señalamientos encaminados a denunciar cómo existen ciertas aproximaciones indebidas, haciendo énfasis en el manejo de los límites y la autoprotección. Con esta actividad se trabajan los límites personales. (Ver anexos 3 y 4).

⊙ **Con padres, madres o personas adultas protectoras.** Con las personas adultas que acompañan al niño, niña o adolescente se realizan actividades encaminadas al desarrollo de habilidades que permitan una resignificación de la vinculación afectiva y que contribuyan a establecer interacciones dinámicas al interior de la familia donde se reconstruya la confianza y la seguridad; para que ellos y ellas se conviertan en fuente de apoyo y protección para los niños, las niñas y los adolescentes que tienen a su cargo. Estas actividades se caracterizan por ser participativas y parten de la posición de que cada persona aporta formas de interpretar la realidad que amplían la mirada de los integrantes del grupo. Dentro de algunas actividades que se tienen en otros modelos de intervención en casos de abuso sexual y que se pueden retomar para la intervención en el sector salud en Antioquia, estarían:

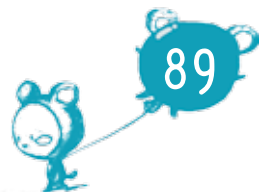
- Diálogo de saberes (Seguro Social, 1996). Con esta actividad, que

usualmente está presente en todas las sesiones, se trata de que padres, madres o personas adultas protectoras compartan sus experiencias, saberes y conocimientos sobre los temas tratados durante cada sesión. Consiste en que los o las psicoterapeutas introduzcan preguntas que les permitan a quienes integran el grupo empezar a conversar sobre los focos de trabajo para las sesiones y que paulatinamente cuando tengan la confianza puedan empezar a apropiarse del espacio, introduciendo sus dudas.

- **Lectura de cuentos.** En las sesiones donde con los niños, niñas o adolescentes se trabaja con un cuento específico, se hará lo mismo con padres, madres o personas adultas protectoras pero enfocados en el desarrollo de habilidades de protección, sintonización emocional y de apoyo.
- **Sociodramas.** El sociodrama es una actividad que se utiliza en algunas sesiones para trabajar con los padres, madres o personas adultas protectoras, sus propios sentimientos y los sentimientos de los niños, niñas o adolescentes, como también los sentimientos de los demás miembros de la familia. A la vez, por medio de la reflexión, se busca que se identifiquen e internalicen prácticas relacionales de trato digno en las que el cuidado, apoyo y protección sean adecuadas a las necesidades de cada persona.
- **Tareas.** Estas actividades buscan articular el trabajo que realiza el grupo de niños, niñas o adolescentes con el trabajo del grupo de personas adultas cuidadoras, dejando actividades para realizar en casa.
- **Escritura de cartas.** En alguna de las sesiones se propone que los padres, madres o personas cuidadoras, le hagan una carta a los niños, niñas o adolescentes, donde puedan expresarles, por medio de un escrito o de un dibujo, lo que sienten por ellos o ellas.
- **Técnicas de relajación.** En el proceso de acompañamiento se les enseña a los padres, madres o personas adultas cuidadoras sobre las diferentes técnicas de relajación para que ellos y ellas las utilicen con los niños, niñas o adolescentes cuando vivan situaciones de ansiedad, también se busca que tengan conductas de autocuidado y de cuidar a otros con persistencia y continuidad.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBIERNO DE ANTIOQUIA



- **Psicoeducación.** Es necesario reforzar que durante todo el proceso con el grupo de personas adultas se está trabajando en que ellos y ellas desarrollen habilidades en prácticas relacionales que permitan una crianza afectiva y consistente, que resignifiquen sus lugares como padres, madres o personas cuidadoras y generen vínculos más sólidos y confiables.

INTERVENCIÓN POR PSIQUIATRÍA

Secuelas

Entre un 20 y un 50 por ciento de niños, niñas y adolescentes están asintomáticos al momento de la evaluación clínica por psicología o psiquiatría, y un 30 por ciento de ellos muestran problemas emocionales y comportamentales significativos en los primeros meses después de revelarse el abuso. Hay tres hallazgos importantes con respecto a las secuelas:

- Los niños, niñas y adolescentes abusados evidencian y reportan mayores problemas emocionales y comportamentales de adaptación que los pares no abusados.
- Los menores abusados presentan un amplio rango de problemas emocionales y comportamentales, algunos específicamente ligados a la experiencia del abuso y otros relacionados con las experiencias estresantes familiares y del ambiente que los han rodeado.
- Las conductas sexuales problemáticas y los síntomas de estrés postraumático son dos áreas sintomáticas específicamente relacionadas con efectos del abuso sexual y altamente prevalentes en quienes lo han padecido cuando se comparan con pares no abusados.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

90



MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
Casos de Abuso Sexual

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como secuela de abuso y violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

Comparado con otros eventos vitales negativos de la infancia y la adolescencia, como los accidentes, los desastres naturales y el abuso físico, el abuso y la violencia sexuales son particularmente potentes en provocar sintomatología de estrés postraumático. Entre 49 y 60 por ciento de las personas abusadas sexualmente reúnen criterios diagnósticos para TEPT.

Cuando se acompaña de otras formas de maltrato el riesgo aumenta, aunque diversos estudios han ligado los síntomas de TEPT al apoyo social y el funcionamiento familiar del menor afectado, además del estilo atribucional. Algunos investigadores postulan que además de los síntomas típicos del TEPT, los niños, niñas y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas muy severas o prolongadas, que conllevan un estrés extremo, desarrollan cuatro áreas más de disfunción emocional y comportamental:

- Desesperanza aprendida.
- Alteraciones severas con el estilo atribucional y depresión.
- Afrontamiento muy disfuncional con circunstancias relacionadas con el trauma y estresores de la vida cotidiana.
- Síntomas disociativos.
- Dificultades en la regulación de las emociones negativas.

Problemas sexuales

A diferencia de la mayoría de problemas asociados con la violencia y el abuso sexual en la infancia y adolescencia, las Conductas Sexuales Problemáticas (CSP) no se habían identificado en el DSM-IV-TR como un trastorno específico, posiblemente por lo relativamente poco que se había investigado en el tema antes de la década de 1990.

Las CSP pueden ser agrupadas en varias categorías:

- › Dificultades con los límites personales.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



- Exhibicionismo, auto-estimulación, ansiedad sexual, interés o preocupación sexual excesivos.
- Intrusividad sexual.
- Conductas voyeuristas.

Se han establecido relaciones directas entre las CSP y una historia de abuso sexual infantil. Se ha estimado que aproximadamente un 25 por ciento de las personas abusadas despliegan dichas conductas. La relación entre CSP y antecedentes de abuso sexual parece ser más fuerte entre preescolares. Se encontró que un 72 por ciento de niños y niñas entre 4 y 6 años que presentaban CSP tenían historia de haber sido abusados sexualmente, comparados con 42 por ciento de los de 8 a 10 años, y 35 por ciento de los de 11 y 12 años.

De todas maneras se debe tenerse excesiva cautela en asumir que las CSP reflejen inevitablemente una historia de abuso sexual. La evidencia encontrada también sugiere que las CSP en la infancia pueden predisponer a conductas de ofensa sexual hacia otras personas en la adolescencia y se ha sospechado que el ser ofensor sexual en la adolescencia precede las mismas conductas en la adultez. Las víctimas de abuso y violencia sexual en la infancia tienen riesgos significativos de iniciar actividad sexual consentida a edades más tempranas que su primera relación sexual propiamente dicha. Un 66 por ciento de las adolescentes embarazadas declaran abuso sexual en la infancia, un 60 por ciento de prostitutas reportan historia de abuso antes de iniciar la prostitución.

Evaluación de niños, niñas y adolescentes

Los siguientes lineamientos sirven como derrotero para realizar la historia clínica y dentro de ella la entrevista a niños, niñas y adolescentes que han sido referidos a evaluación por psiquiatría por haber sido víctimas o tener sospecha de abuso o violencia sexual.



- Se debe explicar a las personas cuidadoras o acudientes y al niño, niña o adolescente el propósito de la evaluación, por qué ha sido solicitada y la confidencialidad de la misma.

- Se debe obtener de los padres, madres o personas cuidadoras información para la historia clínica con énfasis en:
 - Qué fue lo que pasó y los detalles.
 - Evaluaciones previas y entrevistas a las que ha sido sometido la persona con sospecha de abuso.
 - Síntomas emocionales y del comportamiento que algunas veces ocurren en niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
 - Síntomas de ansiedad y trastornos del sueño.
 - Reacciones disociativas.
 - Síntomas del estado del ánimo.
 - Conductas sexuales problemáticas.
 - Quejas somáticas.
 - Exposición a posibles personas abusadoras y situaciones sospechosas que hayan podido propiciarlo.
 - Trastornos psiquiátricos previos o historia de discapacidad cognitiva y/o de otra índole.
 - Actitudes de la familia hacia la disciplina, el sexo, el autocuidado y el pudor.
 - Historia del desarrollo.
 - Historia familiar, preguntando por violencia intrafamiliar, consumo y abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos en padres o madres.
 - Historia desde la perspectiva de cada uno de los padres, madres o personas cuidadoras.
 - Recoger información del colegio, vecinos y familiares mientras sea posible.

- Proceso de la entrevista con el niño, niña o adolescente
 - Ubicación relajada y neutral.
 - Grabar mientras sea posible, con el consentimiento firmado por los



padres, madres o las personas cuidadoras.

- Establecer empatía en el mínimo número de entrevistas posibles.
- Evaluar la habilidad para describir hechos históricos de manera fiable.
- Evaluar la capacidad de diferenciar la verdad de la mentira.
- Motivar descripción narrativa en la medida de lo posible.
- Preguntar de lo general a lo específico.
- Evitar preguntas repetitivas, directivas o sugestivas.
- Usar la repetición de lo que dijo el niño, niña o adolescente para ver si se ha hecho entender.
- Entrevistar sin la presencia de los padres, madres o personas cuidadoras.
- Si es menor de cuatro años considerar la presencia del familiar y usar la observación del lenguaje y la conducta antes que las preguntas.
- Determinar los términos usados para las partes del cuerpo y actos sexuales, sin sugerir ni dar a conocer nuevos términos.
- Considerar el uso del dibujo.
- Considerar la realización de pruebas de coeficiente intelectual en caso de sospecha de discapacidad cognitiva.
- No es necesario realizar otras pruebas neuropsicológicas adicionales al coeficiente intelectual, exceptuando la Escala de Vineland, para puntuar la adaptación en la vida cotidiana y el ambiente en que habita como evidencia para el diagnóstico del retardo mental.
- Para la evaluación en los casos que se sospecha Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad no es necesaria la evaluación neuropsicológica, pues el diagnóstico de esta condición es netamente clínico. En caso de sospechas de capacidad intelectual límite o retardo mental se procederá a medir el coeficiente intelectual y aplicar la Escala de Vineland para tener una idea objetiva de la adaptación actual en la vida cotidiana.
- Para la evaluación de sintomatología específica de los trastornos emocionales y del comportamiento más frecuentes se sugiere como guía el derrotero de síntomas del DSM-IV que contiene la MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview).



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Diagnóstico

Se deben tener en cuenta los criterios del DSM-IV-TR, incluyendo el concepto multiaxial para realizar el diagnóstico de psiquiatría en los niños, niñas y adolescentes evaluados por sospecha de abuso y violencia sexual. Los trastornos más frecuentes derivados del abuso son:

- ⊙ El TEPT en su presentación clásica con o sin comorbilidad con otros trastornos.

- ⊙ La presentación compleja y típica del TEPT en los pacientes pediátricos abusados sexualmente que involucra eventos clínicos adicionales como:
 - Desesperanza aprendida, alteraciones severas con el estilo atribucional y depresión.
 - Afrontamiento muy disfuncional con circunstancias relacionadas con el trauma y estresores de la vida cotidiana.
 - Síntomas disociativos.
 - Dificultades en la regulación de las emociones negativas.

Los eventos clínicos anteriores no están operacionalizados como diagnósticos, pero se deben manejar como fenómenos clínicos diferenciables en su presentación que complican la funcionalidad de manera maladaptativa.

Plan de tratamiento

La evaluación psiquiátrica es un evento que depende de la solicitud del primer nivel de atención representado por psicología y/o medicina general. De manera que la mayoría de los casos que llegan a esta evaluación ya deben estar siguiendo el protocolo básico de tratamiento que contempla la terapia de grupo para el niño, la niña o el adolescente y la terapia de grupo para la familia o acudientes.

En la eventualidad que por psicología haya contraindicado la terapia de grupo para la persona abusada y haya derivado de inmediato a la evaluación por



psiquiatría, el o la especialista considerará, con base en el diagnóstico, la severidad y las comorbilidades del o de la paciente, el tratamiento combinado: farmacológico y de psicoterapia por psicología, farmacológico solamente o farmacológico y de terapia grupal.

Manejo farmacológico

El manejo farmacológico se hará según los protocolos de evaluación y tratamiento del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), para las diez patologías más frecuentes en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes. Psiquiatría, dentro de los mecanismos establecidos por el nivel administrativo, informará su plan de tratamiento a psicología y el momento en el cual se da de alta el o la paciente según la evidencia clínica del seguimiento que se realice. Un niño, niña o adolescente podría estar en alguno de los siguientes escenarios de tratamiento:

- Terapia de grupo para niños, niñas y adolescentes con antecedentes de abuso o violencia sexual.
- Terapia de grupo y terapia individual por psicología.
- Terapia individual por psicología, complementada con la modalidad grupal para la familia o personas protectoras.
- Terapia individual por psicología y manejo farmacológico por psiquiatría.
- Tratamiento farmacológico por psiquiatría solamente.
- Tratamiento por psicología después de haber estado en manejo farmacológico por psiquiatría.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



"No importa si la violencia contra los niños, niñas y adolescentes tiene lugar en la familia, la escuela, la comunidad, una institución o el lugar de trabajo, los trabajadores de la salud ocupan el primer lugar en la respuesta a ella. Debemos hacer nuestro aporte para asegurar que se evite que dicha violencia tenga lugar, y cuando tiene lugar, garantizar que los niños, niñas y adolescentes reciban los mejores servicios para reducir sus efectos perjudiciales."

Dr. Anders Nordstrom, Director General Encargado OMS

REFERENCIA



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Asociación Colombiana Para la Defensa del Menor Maltratado (1992). *El drama de la niñez maltratada*. Santa Fe de Bogotá: Autor.

Baquero V, G., Y Vitola B, Á., (1997). *Formación de la Afectividad C*. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia: Educar Editores

Baquero V, G., Y Vitola B, Á., (2002). *Formación de la Afectividad D*. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia: Educar Editores

Barudy, J., (1998). *El dolor invisible de la infancia. Lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Editorial Paidós

Besharov, D. (1990). *Recognizing Child Abuse*. 10ª. Edición. New York: The free Press.

Calvi, B. (2005). *Abuso Sexual: Efectos psíquicos*. 1ª. Edición. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Chile, Ministerio de Salud. (2004). *Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual*. [Versión electrónica] Revista chilena de obstetricia y ginecología. v.70 n.1 Santiago, 2005.

Colombia, Ley 1146 de 2007 (Julio 10). *Prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente*. Diario Oficial No. 46.685 de 10 de julio de 2007.

Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Organización Internacional para las Migraciones, (2007). *Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de Abuso Sexual Infantil*. Bogotá: Autores.

Colombia, Constitución política de Colombia, (1991).



Colombia, Comisión de Regulación en Salud (CRES), (2009). Acuerdo 008.

Colombia, Ley 360 de 1997 (Febrero 7). Diario Oficial No. 42.978, de 11 de febrero de 1997.

Colombia, Ministerio de Salud, (2000). *Guía de atención al menor maltratado*. Santa fe de Bogotá: Autor.

Colombia, Ley 1098 de 2006 (Noviembre 8). *Código de la infancia y la adolescencia*. Diario Oficial No. 46.446, de 8 de Noviembre de 2006.

Cuadros, I., (2006). *Manual Básico de Diagnóstico y Tratamiento del Maltrato Infantil*. Bogotá: Edición de la Asociación Afecto y Save the Children.

Cuadros, I., y Ordóñez, M., (2006). *La Infancia Rota: Testimonios y guías para descubrir y tratar el abuso sexual infantil*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Cuadros, I. (2002). *Tratamiento Psicoterapéutico del Maltrato Infantil*. Bogotá: La imprenta Editores Ltda.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, (2010). *Estrategia: Promoción del trato digno para prevención de violencias evitables, violencia intrafamiliar – violencia sexual*. Documento sin publicar, Medellín: autor.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2010). *Protocolo de atención por psiquiatría de segundo nivel a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y violencia sexual*. Documento sin publicar, Medellín, elaborado por Juan Fernando Muñoz.

Escartin, M. (2001). *Este es mi cuerpo: Manual de desarrollo de conductas de autoprotección*. 4ª edición. Reino Unido: Save the Children.

Escartin, M. (2001). *Quién soy yo: Manual de desarrollo de conductas de autoprotección*. 4ª edición. Reino Unido: Save the Children.

Escartin, M. (2001). *Yo tengo derecho a sentir seguridad: Manual de desarrollo de conductas de autoprotección*. 4ª edición. Reino Unido: Save the Children.

Escartin, M., (2004). *Abuso Sexual a niños y niñas: preguntas y respuestas, una guía para acercarse al tema*. 2da. Edición. Bogotá: D.C: Asociación Afecto contra el maltrato infantil.

Finkelhor, D. (1994). *The international epidemiology of child sexual abuse*. Child Abuse and Neglect 18, 409-17.

Glaser, D. (2008). *Child sexual abuse*. In: Rutter, M., Bishop, D. (eds.), Rutter's child and adolescent psychiatry (440 – 458). London. Blackwell Publishing.

Galsler, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso Sexual de niños*. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial: Paidós.

Gil Arrones, J., Ostos Serna, R., Largo Blanco, E., L. Acosta Gordillo, E., y Caballero Trigo, MA., (2006 Ene.-Abr). *Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio*



de tres casos. [Version Electronica] Cuadernos de Medicina Forense. n.43-44.

Guba, E. y Lincoln, I. (2005). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences in Denzin y Lincoln.* The SAGE Handbook of Qualitative Research, third edition, California: Thousand Oaks.

Hospital Pablo Tobón Uribe, (2008). *Guías de Atención/Grupo Atención al Niño(a) Adolescente en Riesgo.* Medellín, Octubre.

Kaplan y Sadock. (1985). *Comprehensive textbook of Psychiatry.* 8 ed.

Klaassen, P., (Sin Fecha). *Grooming o Abuso Sexual Infantil en la Red: Un click y el acoso comienza.* Extraído el 15 de agosto de 2010, de www.elnavegable.cl/admin/render/noticia/12546

Lamers-Winkelman, F., (2006, Octubre). *Terapia de los niños víctimas de abuso sexual infantil.* Ponencia presentada en el precongreso del XIV Congreso Colombiano de Prevención y Atención del Maltrato Infantil "Hogares Libres de Violencia". Medellín, Colombia.

Martínez B, Josefina (1993). *Terapia de grupo en abuso sexual infantil.* www.uc.cl/psicologia/buentrato/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf

Martínez Bernal, Josefina (1993). *Terapia de grupo en abuso sexual infantil.* Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, niños y adolescentes, Uruguay, Noviembre.

Montoya, C. (2005). *Abuso Sexual en la Niñez.* Conferencia dictada en Medellín.

Moreno J. M. (Sin Fecha). *Maltrato infantil.* Madrid: Editorial EOS.

Olaya, A. y Franco M. C. (2003). *Proyecto de Salud Mental para el departamento de Antioquia.* Medellín: SSSA.

Orjuela, L. (Coord), Castaño, S., García, C., Hernandez, A., Pabón, M. y Polanía, M. (2006). *Programa de prevención del abuso sexual a niños y niñas: Estrategias para el desarrollo de conductas de autoprotección en niños y niñas de la primera infancia (Guía para cuidadores y agentes educativos).* Reino Unido: Save the children.

Pinheiro, Paulo, *Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños.* New York: Editorial United Nations Children's Fund (UNICEF)

Pohodich, R., Ramer, L. y Sasmor, J. (1982). *Aspectos psicosociales del embarazo.* Nueva York: OPS.

OMS, (2001). *Resolver los problemas de la salud mental.* Capítulo 3. Extraído el 1 de agosto de 2010 de www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_ch3_es.pdf.

Reason, P., and Rowan, J. (eds) (1981). *Human inquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research.* Chichester: Wiley.

Ruta de Atención de los Delitos Sexuales Revista en red por los niños, año II-No 02- Mayo de 2010,página 11.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

100



MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
Casos de Abuso Sexual

Roa, A., et al (1998). *Manual para la intervención en caso de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes*. Asunción, Paraguay.

Seguro Social (1998). *Documento guía: Maltrato infantil. Promoción del buen trato para la prevención y atención del maltrato infantil y el abuso sexual*. Santa fé de Bogotá.

Seguro Social (1996). *Programa de salud integral para la infancia (SIPI): Manual de normas técnicas y administrativas*. tomo I, II, III. Santa Fe de Bogotá.

Van Hasselt, V. B., Hersen, M. y Futa, K. (1988). *Handbook of psychological treatment protocols children and adolescent*. Mahwah, N.J. LEA

Vargas, C., Vargas, E. y Mejía de C., S. (1997). *Detección precoz del abuso sexual infantil*. 3ª. Edición. Santa Fe de Bogotá: Impreso por el Seguro Social y la Asociación Afecto.

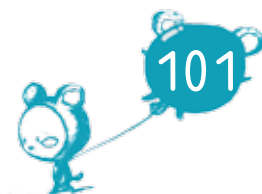
Vargas, C., Vargas, E. y Mejía de C., S. (1997). *Enseñando a los niños a evitar el abuso Sexual*. 3ª. Edición. Santa Fe de Bogotá: Impreso por el Seguro Social y la Asociación Afecto.

Vargas, C., Vargas, E. y Mejía de C., S. (1997). *Intervención en casos de abuso sexual en estados de crisis*. 3ª. Edición. Santa Fe de Bogotá: Impreso por el Seguro Social y la Asociación Afecto.

Videla, M. (1991). *Prevención (Intervención psicológica en salud comunitaria)*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

West, J. (1994). *Terapia de juego centrada en niños*. México: Ed. Manual Moderno.

Wolfe, V. (2009). *Child sexual abuse*. In: Mash, E., Barkley, R. (eds.) *Treatment of childhood disorders* (647-727). New York. The Guildford Press.



ANEXOS

ANEXO I EL CONCEPTO DE PRUEBA PERICIAL



SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Jorge Fernando Acevedo Ríos
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

De acuerdo con la normatividad vigente¹, los y las profesionales de la salud que atienden los servicios de las Empresas Sociales del Estado en los municipios del país, realizan las actividades propias del Instituto Nacional de Medicina Legal, en aquellos lugares en los cuales no hace presencia la mencionada entidad; es lo que se ha dado en llamar “el sistema alternativo de Medicina Legal”.

En todo caso, es natural que en desarrollo de actividades cotidianas, los y las profesionales de la medicina atiendan casos de violencia intrafamiliar,

¹ Decreto 2455 de 1986, por el cual se provee la integración de los Servicios Seccionales de Salud con los de Medicina Legal.



casos de violencia sexual e incluso de lesiones personales, pero como terapeutas, cuya participación no deja de tener una importancia radical en la administración de justicia.

De lo anterior, surge una dificultad que pese a no ser nueva, no ha sido suficientemente evaluada y nunca se ha trabajado en su solución. El problema consiste en que muchos de los y las profesionales que son requeridos para intervenir en calidad de “peritos”, vienen siendo los mismos médicos tratantes en esos casos, de donde no resulta raro ver a un profesional realizando una atención a una paciente con un enfoque de terapeuta, en una relación médico-paciente, clásicamente instaurada, para después iniciar una labor en calidad de médico legista, que versa sobre el mismo hecho violento y donde queremos que, como por arte de magia, el profesional quede investido con las características propias para el encargo: objetividad, imparcialidad, o veracidad².

No puede hablarse de objetividad o de imparcialidad, en una relación que ya fue afectada por subjetividades y donde el y la profesional se ha vuelto “parte” con el fin de impulsar la búsqueda de una “cura” para el mal que se ha hecho y donde, no pocas veces, ha actuado como “promotor” de una denuncia ante la autoridad competente (a lo que, entre otras cosas, le obliga la Ley)^{3 4}.

Quien actúa en calidad de perito no busca “sanar”, busca elementos para llegar a una verdad y auxiliar a quien investiga o a quien juzga; por ello, cuando el o la profesional asume las dos actividades, fácilmente se va a equivocar.

2 Parra Quijano, Jairo. Manual de Derecho Probatorio. Ediciones Librería el profesional. Sexta edición. Prueba pericial.

3 Ley 1257 de 2008. Sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

4 Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia.



Y es que el mismo profesional de la salud, se siente desubicado cuando se le dice que pese a estar desarrollando actividades de terapeuta, cuando interviene en casos en los cuales se debe recoger, embalar y rotular una evidencia, debe seguir los lineamientos legales, pese a no ser perito, para la adecuada “custodia” de dichos elementos: formato de cadena de custodia o rótulos. Actividades que están encaminadas a dar soporte a una posible y futura investigación judicial en un momento determinado, pero que debe iniciar este profesional en virtud del Principio de Oportunidad, pues tal vez no exista otro momento en el cual se puede llegar a contar esas evidencias⁵.

En consecuencia, quien ya se encuentra involucrado en una relación como terapeuta, tiene sobre sí un impedimento para intervenir en calidad de auxiliar de la justicia como perito. Es aquí donde surge la diferencia entre un perito y un testigo técnico. El terapeuta podrá ser un excelente testigo técnico, pero difícilmente recupere la vocación de perito para el caso específico. Se debe entender que el testigo técnico es aquel sujeto que ha conocido directa o indirectamente unos hechos y que, además, cuenta con unos conocimientos especiales, ese es el médico tratante².

Ahora bien, se podría decir que en la condición de profesional de la salud, no existe una situación necesariamente angustiante que lleve, en un momento determinado, a limitar su capacidad de respuesta ante cualquier requerimiento, bien como perito, bien como terapeuta y en simultánea condición; el problema surge en la interpretación de los resultados de su intervención, en la presentación de los hallazgos ante los requirientes, pues no siempre se cuenta con la preparación para valorar y controvertir tales resultados y menos si están afectados con subjetividades.

5 Resolución 2770 de 2005. Manual de Cadena de Custodia.



Podríamos entonces intentar algunas recomendaciones para el manejo de las consideraciones expuestas:

- ⦿ El o la profesional que interviene como terapeuta, que conoce el caso directamente por el paciente o su acudiente, debe tratar de evitar su intervención en calidad de perito, por requerimiento mediante oficio, proponiendo el impedimento e indicando que se designe a otro profesional para el efecto.
- ⦿ Pese a intervenir como profesional tratante, no se deben olvidar las obligaciones en materia de recolección y custodia de evidencias para un eventual proceso.
- ⦿ En calidad de profesionales tratantes, también es importante recordar que estamos obligados a impulsar la notificación a las autoridades, de todos aquellos eventos de violencia intra-familiar y en especial el maltrato infantil, para lo cual tenemos la alternativa de convocar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en su defecto a las comisarías de familia.
- ⦿ No sobra advertir que también es una obligación de las autoridades judiciales, manejar debidamente este aspecto con el fin de obtener un adecuado resultado en la actividad probatoria.
- ⦿ Siempre que se desee contar con profesionales de la salud, actuando como peritos o auxiliares de la justicia, deberá mediar la orden de autoridad competente.
- ⦿ El manejo integral de pacientes de violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia contra las niñas y niños, debe ser asumido por las EPS o por las Empresas Sociales del Estado. La atención integral



incluye la evaluación por un equipo interdisciplinario, valoración y seguimiento psicológico, seguimiento por el laboratorio.

- ⦿ Finalmente, se debe impulsar una cultura jurídica, que lleve a una formación unificada entre profesionales del derecho y de la salud, pues en tanto no existan alternativas para especializar en medicina legal a todas las y los funcionarios de los entes públicos de cada municipio que funjen como peritos, se deben difundir con claridad las reglas de juego.

ANEXO 2

INFORME CLÍNICO PSICOLÓGICO

Datos generales

- › Nombre y apellidos del niño, niña o adolescente
- › Lugar y fecha de nacimiento
- › Escolaridad
- › Nombre del padre, edad y escolaridad
- › Nombre de la madre, edad y escolaridad
- › Número de hermanos, hermanas y lugar que ocupa
- › Personas con las que vive y Nombre de la persona acudiente

Nos permiten identificar al niño, niña o adolescente bajo criterios de género, edad, escolaridad y constitución familiar detallada; aspectos determinantes para establecer su proceso de desarrollo y la dinámica familiar.

Nota: la historia clínica y el informe deben tener en su encabezamiento los datos completos de la Institución en la cual se está realizando la evaluación. Los datos generales pueden estar complementados por otros requisitos que solicite la entidad, tales como: pertenencia a población desplazada, documento de identidad, etnia, religión, tipo de seguridad social, entre otros.



Motivo del informe

¿Quién lo solicita y para qué?.

Motivo de consulta

Es operacional y entre comillas si es posible, es decir la forma inicial como lo expresa la persona que consulta y requiere el informe.

Descripción del proceso

- › Secuenciación detallada del proceso evaluativo: número de citas, asistidas y canceladas; quién acompaña al niño o niña a las citas y cuál es su comportamiento con él.
- › Elementos evaluativos utilizados: juego diagnóstico, dibujo libre, muñecos



anatómicos, pruebas proyectivas (Machover, Test de la familia), figuras desnudas, escala de desarrollo abreviado, entre otros.

- Comportamientos observados durante la evaluación.
- Comportamiento durante la aplicación de las pruebas.
- Forma como se apropia del proceso, del espacio y como se relaciona con la persona que le atiende.

Hallazgos clínicos

- Resultado final de la evaluación del proceso del desarrollo del niño, niña o adolescente: inteligencia, criterio moral, nivel de pensamiento, orientación espacial, temporal, entre otros; correlación entre la edad mental y la cronológica.
- Relevancia del grado de autenticidad del relato del niño, niña o adolescente: que hablen de su nivel de memoria y la secuenciación del relato durante el proceso.
- Correlación entre el relato del niño, niña o adolescente: a través de la palabra, el dibujo, el juego y lo que alude la persona adulta que denuncia.
- Análisis de relaciones vinculares intrafamiliares: en especial con los padres, madres y el lugar del niño, niña o adolescente en la familia.
- Concluir si el relato abarca, el quién, qué, cuándo, dónde y cómo.

Recomendaciones

- Trabajo psicoterapéutico individual o grupal y con la familia, remisión a instituciones especializadas, según el caso.

Firma, cédula y registro del o de la profesional

Nota salvaguarda

Las presentes conclusiones se refieren a los objetivos demandados y a la aplicación de la metodología antes mencionada. Un cambio de las circunstancias o nuevos datos exigirían un nuevo análisis y podrían modificar los resultados.

Fecha de elaboración del informe



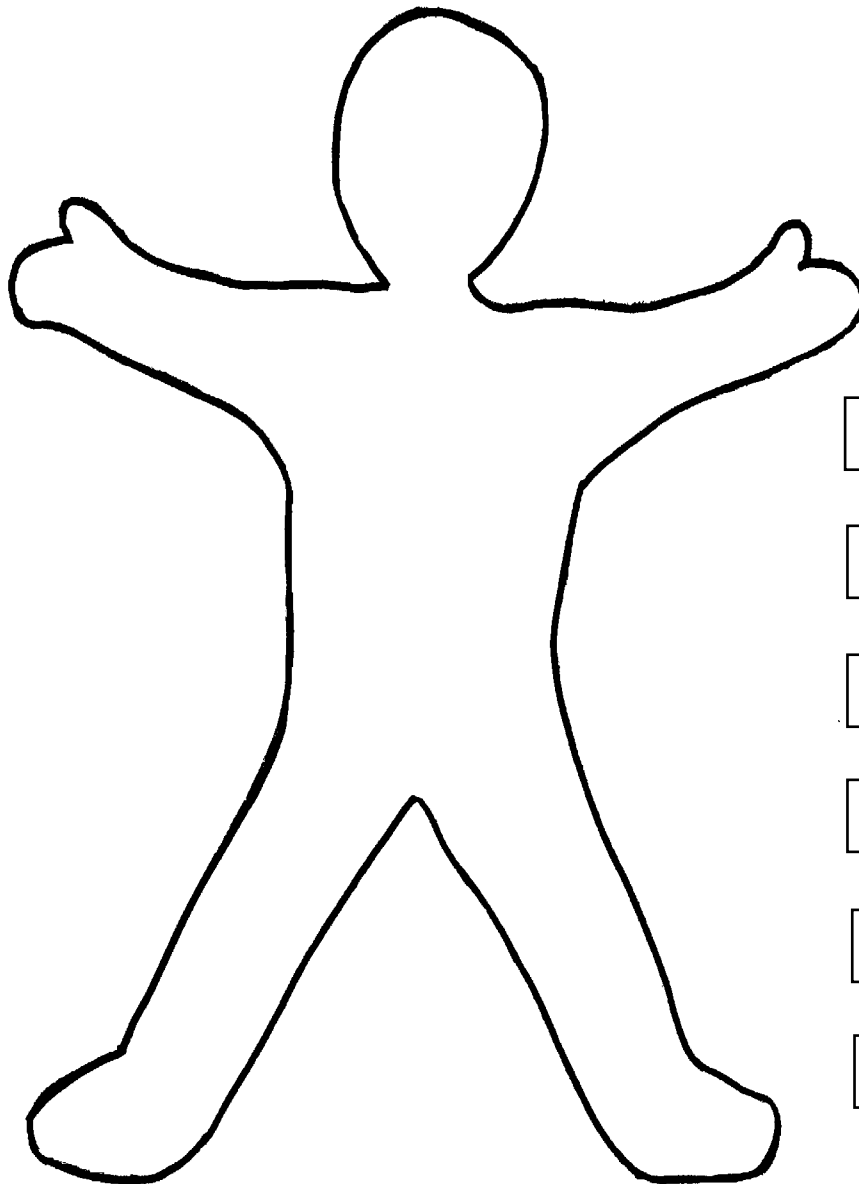
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

108



MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
Casos de Abuso Sexual

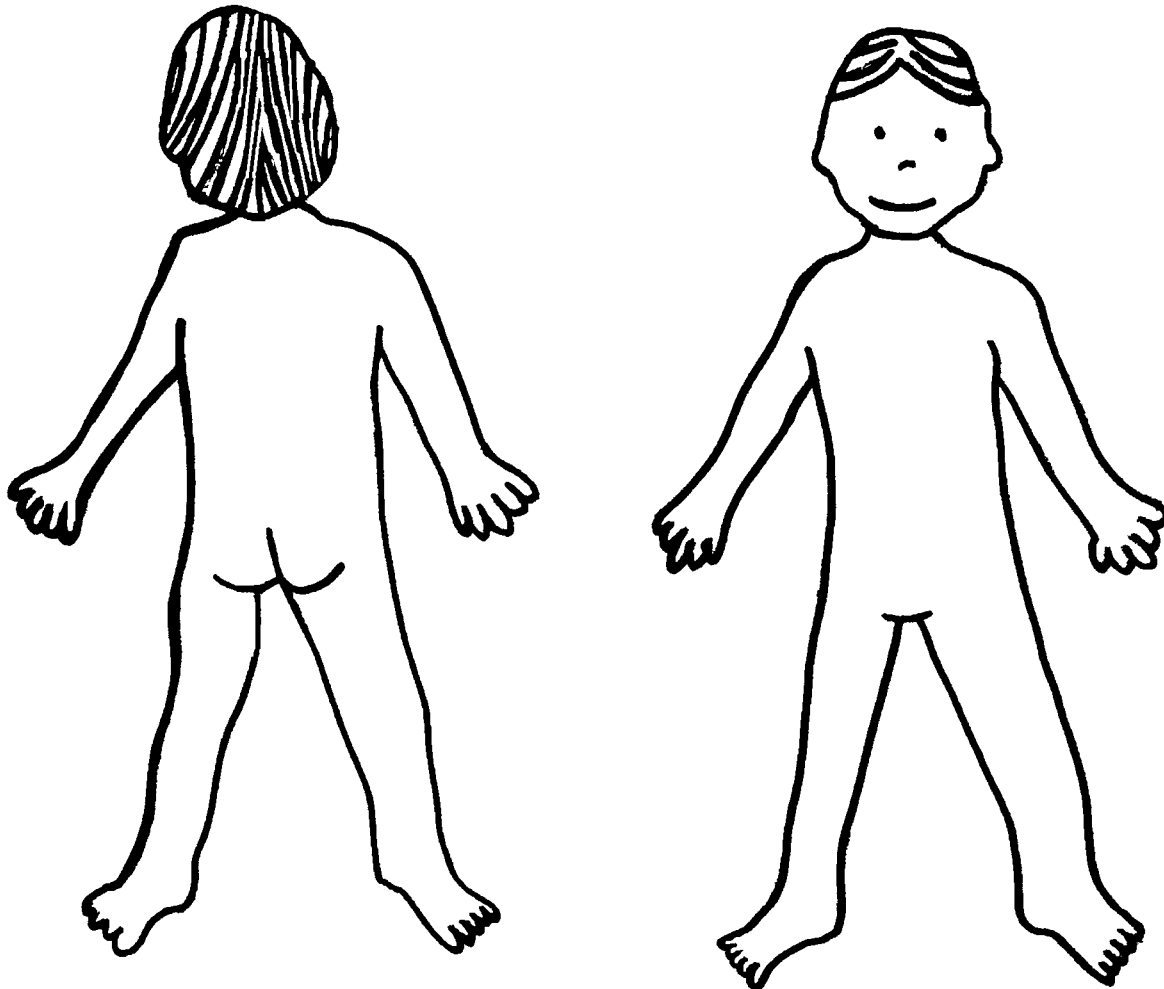
ANEXO 3 MAPA DE EMOCIONES



- Rabia
- Cariño
- Pena
- Miedo
- Vergüenza
- Alegría



ANEXO 4 MIS ZONAS PRIVADAS



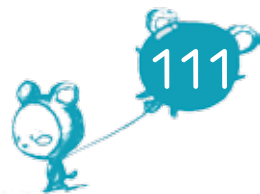
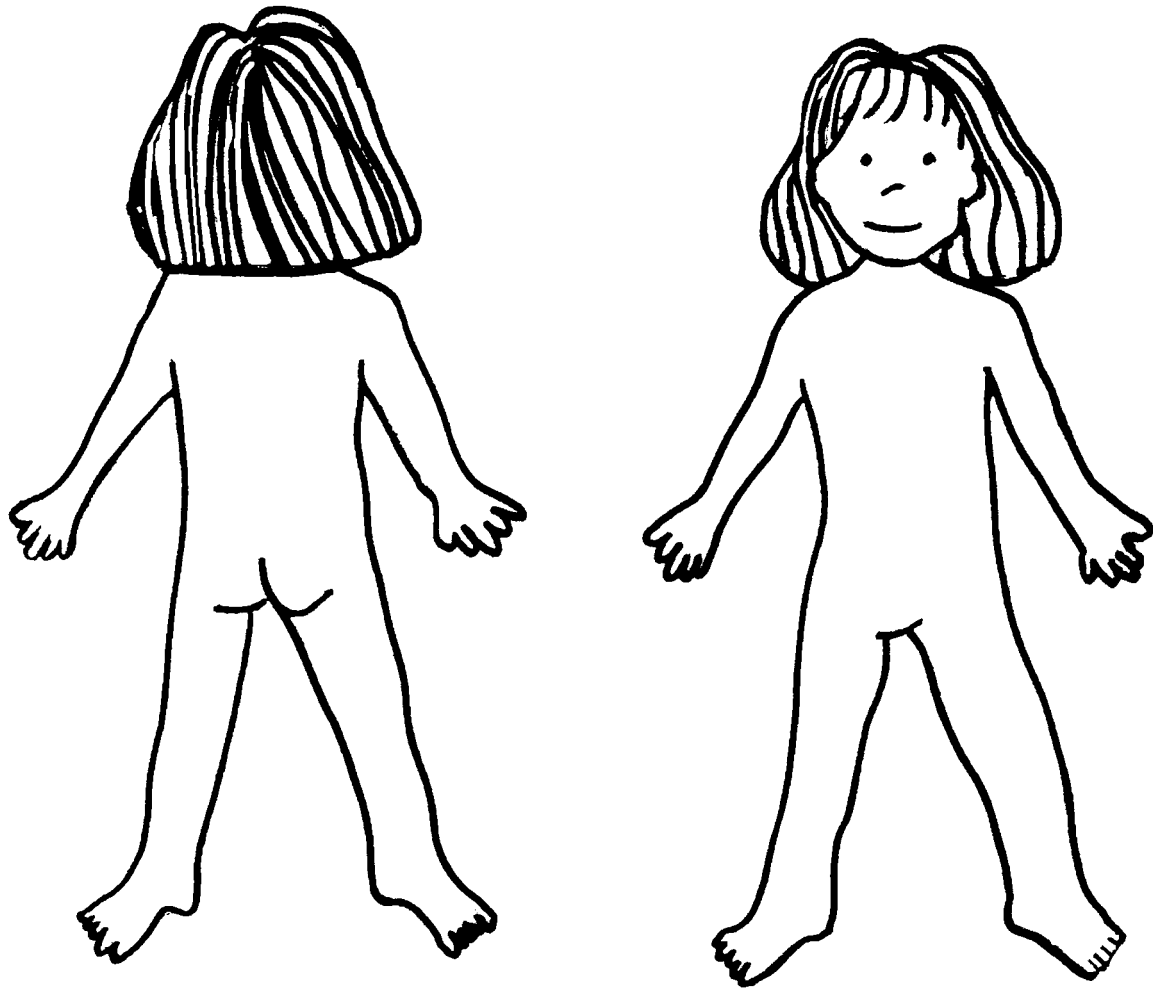
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

110



MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
Casos de Abuso Sexual

MIS ZONAS PRIVADAS



ANEXO 5 CUENTO: CAMILO Y CAMILA APRENDEN A CUIDARSE

Tomado de: Baquero V, G., Y Vitola B, Á., (1997). Formación de la Afectividad C. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia: Educar Editores

Un día Camila y su familia se fueron a pasear al campo.

Papá dijo:

-Vámonos ya, pues tenemos que pasar a recoger al tío Arcadio y su familia, que nos van a acompañar.

Cuando se encuentran todos se saludan.



Arcadio le dice a Camila:

-Mira que linda estas - Y le da un regalito

-Este es para tí, Camilo.

Cuando llegan al lugar todos ayudan a organizar el fogón para hacer la comida, traen leña y piedras.

Algunos deciden meterse al lago. El



tío Arcadio invita a Camila a jugar a la pelota, pero no invita a Camilo.

-Ven Camila, vamos a jugar a la pelota Cuando están cansados le dice:

-Ahora Camila, te voy a enseñar a nadar por debajo del agua.

- Dijo el tío Arcadio.

La niña se siente muy contenta jugando con Arcadio, lástima que Camilo no se integre.

Al rato los llaman para comer:

-¡Vengan todos a comer!

La mamá le dice:

-Camila, ve a quitarte el traje de baño mojado. Los vestidores están allá atrás.

Camila protesta porque están lejos y no





quiere ir sola.

El tío Arcadio dice:

-Yo también me tengo que cambiar. Te acompaño Camila.

Los padres de Camila se quedan tranquilos porque la niña no se fue sola.

Cuando llegan a los vestidores no había nadie. Arcadio dijo:



-Ven Camila te ayudo a quitarte el vestido de baño.

Arcadio comenzó a tocarle el cuerpo.

Camila sintió miedo, pues sentía que no estaba bien lo que estaba pasando. Se sentía incomoda y empezó a gritar:

-Déjame, te voy a acusar con mi papá

Arcadio le dio un beso y le dijo:

-Te quiero mucho.

Este es un secreto entre tú y yo. No se lo vayas a decir a nadie porque se van a enojar contigo.



-No es cierto que se vayan a enojar conmigo. Yo se lo voy a decir a mis papás – pensó Camila.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Aunque se sentía confundida, Camila sabía lo que tenía que hacer. Salió corriendo hacia donde estaban sus papás. Sentía miedo de hablar con ellos, pero sabía que lo tenía que hacer. Su mamá al verla le dijo:
-¿Qué te pasa Camila?



-Mamá, es que... no sé cómo decirte... el tío Arcadio... -respondió Camila llorando.
-¿Qué pasó Camila? - Preguntó mamá asustada al ver a Camila llorando
-El me dijo que era un secreto y tengo miedo de que te enojas conmigo - dijo Camila.

-Camila, hay secretos buenos y malos. Los buenos nos hacen sentir bien a nosotros y a los demás, como cuando compre un regalo a papá para su cumpleaños y te dije que era un secreto hasta ese día; nos sentimos bien y papá estaba contento cuando se lo dimos. También hay secretos que nos hacen sentir mal y esos secretos son malos. Creo que tú tienes un secreto malo porque veo que te hace llorar. - Contestó mamá.



Camila se sintió más tranquila y le contó todo a su mamá. También le dijo que había tratado de defenderse y gritar.
-Qué bueno que me lo contaste. Lo que paso no fue culpa tuya y estuvo muy bien que trataste de defenderte;



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



tu cuerpo te pertenece y nadie debe tocarte si te hace sentir mal dijo mamá.
-¿Pero qué va a pasar con el tío Arcadio?
- Pregunto Camila.

-El tiene un problema y necesita ayuda. Papá o yo hablaremos con el - te quiero mucho - dijo mamá abrazando a Camila.

-Qué bueno que te hable. Me siento mejor.

Ya en la casa de los padres de Camila conversaron sobre todo lo sucedido y entendieron que nunca habían hablado con sus hijos de la necesidad de hacer respetar sus cuerpos, por eso decidieron llamarlos a los dos.



También hablaron con Arcadio y se comprometieron a ayudarlo a superar su problema con un especialista. Los padres de Camilo y Camila estarían pendientes de su tratamiento.

Para Camilo fue importante entender también que hay caricias buenas que muestran el cariño que los adultos o sus amigos les tienen, pero hay otras que no podemos permitir porque abusan de nuestra confianza, como cuando alguien toca sin autorización tus genitales.



Camilo y Camila entendieron que siempre que tengan dudas sobre las intenciones de los demás al acariciarlos, y especialmente cuando les piden que no se lo cuenten a nadie, es mejor dialogar con sus padres para que los aconsejen.

ANEXO 6

CUENTO: EL SECRETO DE JULIANA

Tomado de: Baquero V, G., Y Vitola B, Á., (1997). Formación de la Afectividad C. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia: Educar Editores

Juliana, una niña de ocho años de edad, vivía con su papá, su mamá, su hermano Ricardo de 5 años y su tío Enrique que estudiaba bachillerato.

El papá y la mamá de Juliana trabajaban todo el día y por esto le habían pedido a su tío Enrique que cuidara por las tardes de ella y de su hermanito al regreso del colegio.

Cierta vez, la profesora de Juliana comenzó a notar que la niña ya no se concentraba como antes en las clases, no jugaba con sus compañeros y compañeras y permanecía callada y alejada. Además ya no cumplía con sus tareas y nunca respondía lo que se le preguntaba.

Preocupada, la profesora citó al papá y a la mamá de Juliana. Al escuchar lo que la profesora les decía, el papá y la mamá de Juliana le confesaron a la profesora que también habían notado algunos cambios: no hablaba, no comía y se despertaba gritando en las noches. decidieron entonces averiguar lo que ocurría.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



En la noche, y después de comer, la mamá de Juliana le contó lo que habían hablado con la profesora y le pregunto: “¿Hay algo que te esté molestando y que no nos has contado? ¿Estás enferma? Por favor dime que está pasando. Tu papá y yo estamos muy preocupados porque de unos días para acá no eres la misma. Tú sabes que te queremos muchos y no nos gusta verte así.”

En ese momento Juliana comenzó a llorar. Su mamá se dió cuenta que temblaba de miedo; entonces la abrazó y le dijo: “no tengas

miedo, mi amor. Cuéntame qué es lo que te tiene así para ver si podemos ayudarte.

Confía en mí por favor; nada te va a pasar”.

Llorando, Juliana comenzó a contarle a su mamá: “Es que Enrique...” y se calló, porque temía la reacción de su mamá.

Esta le dijo. “Enrique qué, continúa, no tengas miedo”

“En las tardes continúa Juliana – cuando ustedes no están, me pide que... me pide que...”

“Te pide qué... sigue amor” dijo su mamá.

“Que le muestre mis



partes privadas” -exclama llorando-; a mí no me gusta, me da mucha pena, pero él dice que si no lo hago tu me vas a castigar porque no obedezco sus ordenes”.

Su madre se da cuenta de lo mucho que Juliana esta sufriendo; la abraza y le pregunta: “¿Por qué nunca me dijiste nada?”

“Es que -respondió Juliana- Enrique me dijo que eso debía permanecer en secreto y que si yo te lo contaba, el iba a decir que soy una mentirosa, grosera y desobediente y tú me ibas a castigar”.

“Discúlpame hijita por no haberme dado cuenta a tiempo de lo que Enrique estaba haciendo, para haberlo evitado - dijo su mamá-; pero esto no va a volver a ocurrir. Hoy mismo le pediremos a Enrique que se vaya de casa y vamos a buscar ayuda para que puedas volver a ser la misma de antes”.

Después de haber hablado, Juliana se sintió como si le hubieran quitado un peso de encima, estaba segura de que su madre la amaba y que la iba a proteger.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



ANEXO 7

CUENTO: CAROLA Y SU AMIGO EL PERRO

Tomado de Martínez 1993



Les voy a contar la historia de Carola, una simpática niña de largas trenzas y cara pecosa. Carola tenía hartos amigos y le encantaba jugar a saltar la cuerda y pasear a su perro Pon-Pon. Le había puesto ese nombre porque era blanquito y chascón. Las caminatas que Carola daba con su amigo canino eran interminables y las aventuras que juntos habían vivido eran tantas que podrían

haber escrito un libro. Era tan inteligente este Pon-Pon que Carola siempre decía que solo la faltaba hablar.

Nuestra amiga vivía con sus papás, su abuela Marta y Joaquín su hermano chico. Aunque Joaquín era un poco latoso porque le tomaba sus cosas, la mayoría de veces lo pasaba bien jugando a disfrazarse con cualquier cosa que encontraba por ahí.

Pero no todo andaba tan bien en la vida de esta niña. Una persona a la que ella quería y en la cual confiaba mucho le hizo daño. Esta persona siempre había sido muy cariñosa con ella, tanto así que Carola se sentía importante. La verdad es que a ella le caía muy bien.

Carola no entendía muy bien lo que pasaba pero lo cierto es que, sin darse cuenta cómo ni en qué momento, esta persona empezó a acercarse cada



vez más y los cariños ya no le gustaron tanto. De alguna manera ella sentía que algo no andaba bien, que no era correcto que la tocara de esa manera. Sin embargo, como esa persona decía que esa era una forma de demostrarle su amor se sentía un poco rara y confundida.

Lo extraño de todo esto es que le decía que este era un secreto entre los dos y que no se lo contara a nadie. Esto de tener un secreto guardado podría haber sido un juego entretenido, como tantos otros que Carola hacía, pero no fue así. Además, esta persona ya no era como siempre simpática y no hacía caso cuando Carola ya no quería “jugar”. Parece que tenía susto de que Carola contara el secreto porque empezó a decirle que si ella hablaba todos iban a dejar de quererla e iban a sufrir mucho. Carola no sabía qué hacer. Como esta persona era más grande que ella, sentía que tenía un tremendo poder. Ella no podía detenerla y el solo sonido de sus pasos acercándose y la sensación de su presencia cerca la hacían temblar de miedo.

Algo pasó que Carola ya no era la misma de antes. Sus trenzas y sus pecas ya no le daban el mismo brillo a su cara porque su mirada era triste. Y lo que pasa es que no estaba contenta con ella misma porque se sentía fea y mala persona. De nada servía que otros trataran de convencerla de lo contrario porque solo ella y nadie más sabía lo que estaba pasando. Además ya nada le salía bien; con sus amigos se peleaba, su hermano chico le parecía odioso y los cuentos de su abuela Marta le sonaban aburridos.

Pon-Pon, como recordaran que se llamaba su perro, fue uno de los que más sintió el cambio de Carola. Ya no lo sacaba a pasear y sentía que había perdido a su gran compañera de juegos. Pon-Pon intentó de todo, la lengüeteaba, le hacía gracias, pero nada le resultaba. Entonces no le quedó más que hablar ¡sí, como oyen!, no le quedó más que hablar. Si ustedes se sorprendieron, imagínense la cara de Carola cuando escuchó una voz que decía:

“Carola, te conozco tan bien que se que te ha pasado algo que te hace sentir triste y mala persona. No puedes dejar que nadie te convenza de algo que tú no eres”.



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

120



MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
Casos de Abuso Sexual

La niña, con una mezcla de asombro y alegría al ver que la voz provenía del hocico de su lanudo amigo, abría cada vez más sus grandes ojos.

“Te voy a contar algo que me dijo una vez mi tatarabuelo perro, siguió hablando Pon-Pon poniendo una voz seria, los magos nos hacen creer que hacen magia, pero nosotros sabemos que solo son trucos. La persona que te está haciendo sufrir hizo un truco contigo que te hizo sentir mal y creer que eres mala. Acá va el secreto, escúchame con atención: El poder de su truco es que parece magia por qué no sabes cómo funciona ¿te cuento como funciona?”

“Si, por favor”, dijo Carola impaciente.

“El truco está en el secreto que te ha obligado a guardar. Sólo contándoselo a alguien especial puedes ir poco a poco arrebatándole su poder”.

Al día siguiente Carola se despertó y no sabía si esto lo había soñado o no. Lo cierto es que a su lado estaba Pon-Pon y ladraba como siempre. Se levantó, se armó de valor y recordando las palabras del perro pudo contarle lo que ocurría a su mamá. No puedo decirles que la mamá no sufrió, pero abrazando a Carola le dijo algo que la hizo sentir mucho mejor.



GLOSARIO

SSSA: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

VIF: Violencia Intrafamiliar.

VSX: Violencia Sexual.

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

DSR: Derechos Sexuales Reproductivos.

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

CRES: Comisión de Regulación en Salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

POS S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

EPS S: Entidad Promotora de Salud Subsidiada.

IPS: Institución Prestadora de Salud.

ADN: Ácido desoxirribonucleico.

AE: Anticoncepción de Emergencia.

LNG: Levonorgestrel.

EE: Etinil – Estradiol.

CETS: Consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

VHB: Virus de la Hepatitis B.

ITIAN: Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos Nucleósidos.

IP: Inhibidor de Proteasas.

VHC: Virus de la Hepatitis C.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

EPS C: Entidad Promotora de Salud Contributivo.

SSM: Secretaría de Salud Municipal.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

CAIVAS: Centro de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual.

ESE: Empresa Social del Estado.

COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica.

UPGD: Unidades Primarias Generadoras de Datos.

FGN: Fiscalía General de la Nación.

DAS: Departamento Administrativo de Seguridad.

URI: Unidades de Reacción Inmediata.

CTI: Cuerpo Técnico de Investigación.

PGN: Procuraduría General de la Nación.

ARS: Administradoras del Régimen Subsidiado.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TEPT: Trastorno de Estrés Posttraumático.

CSP: Conducta Sexual Problemática.

HOMO: Hospital Mental de Antioquia.

DSM: Diagnostic Statistic Manual



SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

122



MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
Casos de Abuso Sexual

“Nuestras políticas públicas se fundamentan en el respeto y propenden por un mejor presente y futuro para las personas. Nuestro compromiso es con toda la población antioqueña”.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Dirección de Atención a las Personas



SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡manos a la obra!