



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Abuso sexual infantil: ¿territorio omitido o inadvertido en Colombia?

Child Sex Abuse: An Area Omitted or Unnoticed in Colombia?

Andrea Quintero-Aguado^a, Francisco Javier Bonilla-Escobar^{b,*}, Andrea Otero-Ospina^c, Gerardo Campo Cabal^b y Henry Valencia-Upegui^d

^aEstudiante de Medicina, Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle (ACEMVAL), Universidad del Valle, Cali, Colombia.

^bInvestigador Instituto Cisalva, Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

^cUniversidad del Valle, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

^dJefe Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» E.S.E., Universidad del Valle, Cali, Colombia

Sr. Editor,

En el marco del nuevo rumbo que REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA ha tomado para incluir la participación de la comunidad científica dentro de los avances de investigación en materia de salud mental, esta carta tiene el propósito de señalar una oportunidad de investigación que no ha sido explotada en el país: el abuso sexual infantil y especialmente sus consecuencias psiquiátricas y psicológicas. También pretende invitar a los editores de la Revista a impulsar el trabajo en este campo y señalar brechas de conocimiento alrededor de este tema.

El abuso sexual infantil no tiene una definición universal; se propuso una que lo estableciera como un continuo de leve a severo, concepto que permite clasificarlo según las condiciones en las que se dé y sus consecuencias, de esta forma se elimina la exclusión de una u otra población afectada y se evita la imprecisión en resultados de estudios que tengan definiciones demasiado amplias o restrictivas de abuso sexual¹.

Colombia reúne varios de los factores establecidos para el riesgo de abuso sexual infantil. La violencia intrafamiliar, el abandono, el estrés, las situaciones de crisis y la disfunción

familiar están entre ellos²; están también en mayor riesgo los menores que sufren o tienen en su ambiente más próximo (hogar, comunidad, escuela) adicciones, especialmente a sustancias psicoactivas que generan alta dependencia, como la heroína, el crack o la cocaína¹, por esta razón se incluye a los menores de edad que viven en situación de indigencia o extrema pobreza, porque tienden a sumar el último factor¹; y la baja escolaridad también se ha demostrado asociada a mayor número de abusos sexuales en menores¹. Algunos menores son más vulnerables al abuso, los menores con discapacidades, en situaciones de negligencia, los internalizados por condiciones especiales de salud y los menores cuyos padres biológicos están separados (el perpetrador puede ser un progenitor, padrastro, madrastra u otro)².

En el marco del conflicto armado, también hay un considerable grado de desprotección de los menores que hacen parte de las poblaciones víctima y victimaria de grupos ilegales, y a veces también de la violencia derivada estatal. El desplazamiento forzado y la pobreza como consecuencia de la situación de guerra también hacen a la población menor vulnerable al abuso sexual y a otros problemas sociales y psiquiátricos³.

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en su informe FORENSIS 2011,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjbbonillaescobar@gmail.com (F.J. Bonilla-Escobar).

reportó 22.597 exámenes médico legales por presunto delito sexual, el 11% más que en 2010; la relación varones:mujeres de exámenes practicados fue de 1:5, y del total de exámenes realizados en 2011, el 84% correspondió a mujeres y el 16%, a varones; de las primeras, la franja de edad más frecuente fue la de 10-14 años⁴. Sin embargo, atendiendo a la propuesta de abuso como continuo de leve a severo, la mayoría de los casos desde esta perspectiva quedarían excluidos de este reporte, lo que evidencia un vacío de datos epidemiológicos locales acerca de este problema. Asimismo, la mayoría de los casos no se denuncian, incluso permanecen en el anonimato por varios años, sin tratamiento profesional ni intervención de personal de ayuda, sea médica, jurídica, psicológica o social⁴.

Hay varias enfermedades psiquiátricas asociadas al abuso sexual; el trastorno por estrés postraumático y los trastornos de personalidad límite, esquizoides y paranoides son algunos de ellos. También los trastornos afectivos, de ansiedad y depresión están asociados a diversas intensidades del abuso sexual¹. Alrededor de esta prevalencia de enfermedades psiquiátricas debe existir un protocolo de manejo clínico orientado a la resiliencia de la víctima y la adecuada identificación de esta integrando la información del examen físico y psiquiátrico. Hace falta un inventario de hallazgos clínicos psiquiátricos y físicos asociados a abuso sexual infantil, en conjunto con un equipo de trabajo multidisciplinario que se centre en evitar la culpabilización de la víctima acerca del abuso o sus consecuencias, inventario y disposición que se han realizado en distintos lugares del mundo y han tenido como fruto el protocolo de manejo clínico ideal antes descrito^{2,5}.

En conclusión, hay una brecha de conocimiento que amerita más estudio e interés de los profesionales dedicados a la clínica y la investigación. Desde la perspectiva psiquiátrica, hacen falta datos epidemiológicos sobre esta población silenciada en Colombia, las implicaciones en salud mental del adulto que fue víctima de abuso sexual infantil, los móviles que motivan al perpetrador y el ciclo y los procedimientos por

los que pasa una víctima desde que se sitúa dentro de algún factor de riesgo hasta la resolución y, en caso de presentarse, denuncia de la situación de abuso.

B I B L I O G R A F Í A

1. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull.* 2008;34:568-79. Disponible en: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/3/568.full.pdf+html>
2. Chen W, Balaban R, Stanger V, Haruvi R, Zur S, Augarten A. Suspected child abuse and neglect: assessment in a hospital setting. *Isr Med Assoc J.* 2002;4:617-23. Disponible en: <http://www.ima.org.il/imag/ar02aug-9.pdf>
3. Villarán S. Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia. OEA/Ser.L/V/II. Doc.67. ed. Washington: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos; 2006. Disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/colombiamujeres06sp/informe%20mujeres%20colombia%202006%20espanol.pdf>
4. Vergel J. Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: Una aproximación a la violencia sexual en nuestro país. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. FORENSIS Datos para la vida 2011. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2011. p. 209-42. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/5-F-11-Sexologicos.pdf>
5. Franco Agudelo S, Urrego Mendoza Z, Tejada PA, Báez Quintero L. Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004. *Rev Colomb Psiqu.* 2007;36:390-410. Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-36/3/01%20Orig%20Aproximaciones%20narrativas%20a%20las%20intervenciones.pdf>