

Jornada 1/2023

Sevicias en la infancia

En Santa Cruz de Tenerife, sábado 11 de noviembre de 2023

1. INTRODUCCIÓN

Las distintas formas de agresiones a incapaces, maltrato infantil, sevicias en la infancia y especialmente los delitos contra la libertad sexual de los menores de edad y de los incapaces, son una pesadilla de la que aún estamos despertando.

El reconocimiento médico-jurídico a este tipo de agresiones, abusos y atentados en la infancia parte de 1874, fecha en la que fue detectado por Etta Wheeler el caso de Mary Ellen Wilson (New York). Una menor que presentaba un cuadro de desnutrición severa, que se encontraba herida con unas tijeras, atada a una cama y con golpes.

Pese a la gravedad del caso no pudo intervenir ni la policía, ni el Fiscal del distrito, ni el departamento de beneficencia del Estado, por carecerse de legislación protectora de los derechos del menor.

Asombrosamente, el procedimiento judicial fue abierto y ganado sirviendo de referencia jurídica la legislación entonces existente para la protección de los animales y gracias al apoyo de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales.¹

1.1. Mitos y falsas creencias

Hasta los años 60 se pensaba que los delitos contra la libertad sexual de los menores e incapaces eran poco frecuentes.

De hecho se consideraba que los niños y los incapaces no decían la verdad y que estos hechos sólo se daban en circunstancias especiales, habitualmente acompañados de violencia física.

¹ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 50

Además se pensaba que afectaban casi sólo a las niñas y a las mujeres incapaces, que tenían lugar fuera de la familia, pues de pasar en casa se enterarían o lo contaría la familia. Que el agresor solía ser un desconocido, el cual debería estar “loco o tarado”. Se presumía que los menores y los incapaces podían evitarlos y en muchos casos se apreciaba culpa concurrente en las víctimas por considerarlas seductoras o provocadoras de la agresión.²

Hoy los estudios epidemiológicos revelan que:

- Los delitos contra la libertad sexual pueden ser con niñas o con niños.
- Se dan más en niñas y mujeres (2:1) respecto a niños y hombres.
- Pueden considerarse una forma más de violencia hacia la mujer.
- Muchas veces son formas en las que no existe contacto físico.
- La mayoría no se acompañan de violencia física.
- Los menores y los incapaces no son responsables de los abusos
- Los menores y los incapaces no suelen poder evitarlos.
- Cometer abusos no es sinónimo ni indicativo de locura.
- No tienen porqué darse en circunstancias especiales.
- Es muy posible que algunos familiares lo sepan y no lo denuncien.
- Es muy posible que le suceda al menor y no lo cuente.
- El agresor suele ser un familiar (incesto)³ o conocido del menor.

1.2. Incidencia (morbilidad, mortalidad)

La incidencia de las agresiones a incapaces, los malos tratos en la infancia y específicamente de los delitos contra la libertad sexual de los menores e incapaces, se desconoce.

Los profesionales (en países desarrollados y con larga tradición democrática como Estados Unidos, en los que cabría esperar una actitud más abierta a la denuncia) no comunican más que la mitad de los casos que llegan a conocer. Los datos, hoy por hoy, son más indicativos de cómo funcionan los profesionales de los Servicios sociales y sanitarios de un país que del número de casos reales que se han dado, pues la mayor parte pasan ocultos, desapercibidos.⁴

1.3. Estimaciones estadísticas

Teniendo en cuenta que según el INE, conforme a la revisión del padrón la población española es de 41.116.842 personas y la de Canarias 1.781.366, la población Canaria respecto a la Española (C/Esp) es un 4,33%

² Dr. J.A. Díaz Huertas. “Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos” en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 50

³ Incesto, según el DRAEL. Relación carnal entre parientes, dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio. O sea conforme al art. 47 del CC, el matrimonio está prohibido entre los parientes en línea recta (abuelos, padres, hijos, nietos) y entre los colaterales por consanguinidad hasta el tercer grado, como entre hermanos (2º grado), o tios con sobrinos (3er grado), aunque estos últimos, de solicitarlo, podrían alcanzar dispensa Judicial (art 48 CC)

⁴ Dr. J.A. Díaz Huertas. “Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos” en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 54

	España			Canarias		
	Casos	Prev 10.0000 hab	% Sobre total víctimas Esp.	Casos	Prev 10.0000 hab	% Sobre total vícti- mas Can.
Población*	41.116.842			1.781.366		
Físico	2.220	1,4	19,9	117	1,63	25,38
Negligencia	9.629	6,2	86,4	404	5,63	87,63
Psíquico	3.944	2,5	35,4	172	2,4	37,31
Sexual	396	0,3	3,6	13	0,18	02,82
Total	11.148	7,16	100	461	6,42	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Valencia, sobre expedientes de Protección de menores del período 1997-98 y datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) Revisión del Padrón.

Estimaciones: ⁵

- Se estima que el 20% de las chicas y el 10% de los chicos sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años.
- El 50% fueron víctimas más de una vez.
- Las niñas de entre 11 y 12 años son la población de mayor riesgo.
- Se cree que el aumento de divorcios y la incorporación de la mujer al trabajo y por ende su ausencia del domicilio familiar, uso de Canguros, etc. Son factores que están aumentando la incidencia de los malos tratos en la infancia.

1.4. Consecuencias personales y familiares del maltrato

Los casos de agresión a incapaces, malos tratos a menores y concretamente de delitos contra su libertad sexual de unos y otros, llevan implícito un alto riesgo de alteraciones psíquicas. Trastornos mentales y/o problemas psicológicos derivados del propio delito o de circunstancias conexas (instrumentalización del menor o incapaz, presión social y familiar, etc).

Estos trastornos mentales y/o alteraciones en la conducta pueden aparecer inmediatamente después de la agresión o de forma diferida a los pocos meses, e incluso en la adolescencia pese a haberse dado en la infancia o mucho más tarde, en la edad adulta, si no se lo dijo a nadie, si no recibió apoyo o ayuda.

1.5. Causas sociales de su ocultación ⁶

La negación, ocultación, conspiración de silencio, trasforma a los familiares y allegados en testigos impasibles del problema, entre otras, por las siguientes razones:

- Estigmatización social, Vergüenza, Sentimientos de culpa
- Dudas, insuficientes conocimientos

⁵ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 56

⁶ "Programa de atención al abuso sexual infantil desde el ámbito Sanitario" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 11

- Banalización, tolerancia social, asunto privado.
- Catastrofismo, Alarmismo
- Evitación de la victimización secundaria

Por victimización secundaria, muchos menores viven de modo traumático, aversivo, impotentes e indefensos el proceso judicial.⁷

1.6. Causas profesionales de su ocultación

Insuficientes conocimientos (ver la tabla de contenidos)	Mitos y falsas creencias Incidencia Consecuencias personales y familiares del maltrato Cuando actuar. Obligación de denunciar Tipos de actos ilícitos Indicadores de riesgo y factores predisponentes Evaluaciones, ponderaciones y conclusiones diagnósticas Principios de actuación Intervinientes, apoyo jurídico y direcciones y teléfonos Pasos o procedimiento a seguir y notificaciones Como actuar Principios de actuación y para la toma de decisiones Principios de la actuación psicológica Características de la entrevista
Costes profesionales negativos	Incomodidad personal por comunicarlo Vulneración del principio de confidencialidad Pérdida de tiempo, clientes, dinero, buena reputación Conflictos terapéuticos con el menor, la familia o el agresor
Evitar el Maltrato Institucional (victimización secundaria)	Posible disolución o grave daño al menor o unidad familiar Insuficiente apoyo social Falta de especialización Rol profesional (le corresponde a otro) Deber cívico (es meterse en la vida privada de los demás) No se podrá pobar La respuesta judicial es insuficiente en el mejor de los casos

2.- FUENTES DE INFORMACIÓN

2.1. Informadores

En el presente caso, la noticia sobre el presunto abuso sexual, partió del testigo presencial del acto, su primo. En otros casos la fuente de la información suele partir de:

- Alegaciones del propio menor o incapaz.
- Sospecha de un vecino, allegado o familiar..
- Consulta psiquiátrica o psicológica por la conducta del menor.

⁷ "Protocolo sobre actuación ante abusos sexuales infantiles." en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 29

- Descubrimiento en consulta médica por lesiones
- Profesor o educador
- Trabajador Social
- Policía

2.2. Factores desencadenantes

En el presente caso, el factor desencadenante fue el rumor en el barrio sobre la existencia de un maricón en la familia. En otros caso el factor desencadenante de la notitia críminis parte de:

- Conflictos entre agredido y agresor
- Rechazo del grupo de iguales
- celos del agresor por relaciones con terceros

3.- INDICADORES DE RIESGO Y FACTORES PREDISPONENTES (OBJETIVOS PREVENTIVOS)

Los delitos contra la libertad sexual en la infancia y sobre personas incapaces, a menudo permanecen ocultos por lo que resulta fundamental conocer los siguientes indicadores de riesgo y factores predisponentes para poder sospechar, reconocer, identificar y probar una presunta situación de delito contra la libertad o la indemnidad sexual.

A continuación se recogen por grupos los distintos indicadores de riesgo y factores predisponentes. Dentro de cada grupo se precisan con un asterisco, negrita y cursiva los signos, síntomas y resultados de laboratorio patognomónicos.⁸ Los demás hallazgos son frecuentes en estos casos pero resultan inespecíficos al poder surgir sin que medien malos tratos ni delitos contra la libertad sexual.

Así mismo en columnas de la derecha se detallan los medios para su diagnóstico. (exploración, entrevista, prueba de laboratorio, etc)

⁸ Patognomónico, término médico que según el DRAEL: Se dice del síntoma que caracteriza y define una determinada enfermedad. Conforme a la 12ªed. del Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat: Dícese del signo o síntoma específico de una enfermedad y que basta por sí solo para sentar el diagnóstico.

Falta de Guarda y protección “Negligencia”	Alimentación o higiene	Hambriento o sediento
		Suciedad en las ropas.
		Ropa inapropiada o descosida, rota, zapatos sin suela, etc
		Suciedad en el cuerpo (cara, uñas, manos, tórax, etc)
		Picaduras de insectos o mordeduras de roedores
	Piojos, parásitos	
	Atención o asistencia	Heridas sin curar o infectadas.
		No calendario de vacunaciones.
		Seguimiento o evaluación escolar insuficiente
	Vigilancia, Supervisión.	Carencia de adaptación curricular pese a problema educativo
		Exposición excesiva al sol o al frío.
		Ejerce actividades de alto riesgo.
		Frecuenta lugares peligrosos.
		Se halla en la calle a horas inadecuadas.
		Horarios extensos, callejeo en exceso.
Se halla sólo en casa sin supervisión.		
Absentismo escolar.		
Sufre accidentes frecuentes.		

Entorno perjudicial	Familia perjudicial	Situaciones de pobreza extrema.
		Historia parental, familiar o social de problemas de conducta.
		Exposición a situaciones violentas (violencia doméstica)
		Preeminencia de castigos físicos (inducen a rabia) frente a castigos psicológicos (inducen a culpa o ansiedad)
		Insuficientes explicaciones o razonamientos. Castigos improcedentes, desproporcionados, incomprensibles.
		Falta de afecto, empatía, apoyo emocional, apegos. No se implican ni comparten actividades agradables.
		Padres frecuentemente fuera del hogar. Madre trabaja fuera del hogar. Canguros.
		Toxicomanía, alcoholismo crónico, dependencia farmacológica.
		Delincuencia familiar.
		Familias disarmónica, desestructurada, patológica, sin condiciones objetivas para asumir su cuidado.
		Familias rotas Divorcios, padrastros, padres adoptivos, acogentes etc
		Adultos incapaces de plantear demandas morales firmes, transmitir normas coherentes con límites claros.
		Adultos incapaces de hacer cumplir normas. Disciplina inconsistente. Pese a transgresión ceden a la demanda.
Sin referentes adultos capacitados para transmitir experiencias, valores o modelos socialmente aceptables.		
Instrumentalización de menores: Judicial (custodia-vivienda), socio-económica (acceso a viviendas o ayudas)		

Entorno perjudicial (cont)	Entorno social perjudicial	Falta de arraigo por movilidad geográfica.
		Carencia de áreas deportivas o zonas de esparcimiento.
		Colegios o escuelas grandes, masificadas, desorganizadas, deshumanizadas y desvinculadas de los padres.
		Baja cohesión comunitaria.
		Asociación con iguales marginales.
		Carencia de redes sociales estables.
		Aceptación social del castigo, del clima de violencia.
		Falta de promoción o asentamiento de valores democráticos.
		Altas tasas de delincuencia (vandalismo, inseguridad, etc).
		Socialización en ambiente o en entorno marginal.
		Se halla en custodia, acogida, en internamiento.
		Destierro y exclusión por razón asistencial (social, sanitaria, judicial)
		Vagabundeo
	Se halla fugado de un centro o en paradero desconocido	
	Está abandonado	
	Victima de delitos de adultos	Victima de amenazas, coacciones o intimidación.
		Victima de situaciones de abuso de superioridad.
		Victima de violencia doméstica (agresiones, sevicias)
		Victima de delitos contra la libertad sexual.*
		Victima de secta destructiva.*
Victima de red de prostitución, operadores de turismo sexual.*		
Victima de red de pornografía infantil.*		
Victima de red de explotación (“pide”, sirve de reclamo a limosneros, tironeros, carteristas, trileros, etc)		

Sexualidad en la Familia	Por defecto	Se proscribire y rechaza toda forma de sexualidad.
		Padres extremadamente protectores o celosos
		Desigualdad de géneros e inflexibilidad en los roles de género
	Por exceso.	Excesiva permisividad, relaciones sexualizadas
		Alienta al niño a implicarse en actos sexuales ante el cuidador.*
		Familiar víctima de delito contra la libertad sexual infantil.
		Ambiente de prostitución de adultos
	Dificultades maritales o interrupción de relaciones de pareja.	

Lesiones Físicas. Violencia * ⁹	Traumatismos	Hemorragias (epístaxis, hemoptisis, rectoragia, colporragia)
		Contusiones y hematomas (digitales, en la cabeza, muñecas)
		Heridas
		Fisuras vaginales o en entroitto vaginal.*
		Fisuras anales
		Mordeduras (más de 3 cm de separación => de adulto)
		Magulladuras y excoriaciones
		Arrancamientos (pabellón auricular)
		Arañazos (lineales paralelos)
		Luxaciones (dedos, hombros)
		Desgarros en el himen, región perianal o perineal.*
		Alopecia localizada por posturas prolongadas
		Múltiples lesiones de distinto origen, data e intensidad
		Ablación del clítoris (no es una costumbre musulmana. Las primeras referencias las citó Heriodoto 450 aC). ¹⁰
		Quemaduras por exposición al calor, contacto con las llama, rayos infrarrojos, etc
	Quemaduras por contacto con sólidos: cigarrillos, plancha, fricción o rozamiento en las muñecas, etc.	
	Quemaduras por contacto con líquidos o vapores (agua, aceite), caústicos o abrasivos (boca, lengua) etc.	
	Alteraciones Funcionales	Mal estado General, Kwasiorsk,
		Alteración en la motilidad (dificultad para caminar o sentarse)
		Disuria o dolor al orinar o al defecar
		Aumento del Flujo o cambios en la coloración u olor
		Enuresis (incontinencia urinaria)
		Estreñimiento repentino, mantenido y con dolor
		Encopresis (incontinencia fecal)
		Dilatación anal transitoria (primeras 6 horas)*
		Apertura anal patológica (ano en embudo)
	Hallazgo de esperma en orina, boca, región perineal y perianal o en aspirado vaginal.*	
	Intoxicaciones Forzadas	Alcohol
		Medicamentos
		Hipnóticos y Sedantes
Psicotropos y/o estupefacientes		
		Consumo de éxtasis líquido.*

⁹ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 52

¹⁰ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 49

Lesiones Físicas (cont.)	Irritaciones e Infecciones	Irritación o picazón en áreas genitales o anales
		Hiperemia genital o anal
		Leucorrea
		Seroconversión a VHB o VIH (basales negativas).*
		Sífilis.*
		Gonorrea.*
		Condilomas acuminados
		Herpes simple en zona genital
		Micosis vaginal
		Tricomonas vaginales
Otras Infecciones venéreas (tracto génito-urinario)		

Lesiones psíquicas. Intimidación * ¹¹	Alteraciones de conducta	Mala educación, escasa autocrítica, irritabilidad, Impulsividad, falta de control personal, baja tolerancia a la frustración, baja capacidad para demorar las gratificaciones.
		Antecedentes de agresión, fugas, conductas delictivas.
		Consumo de drogas, abuso, dependencia.
		Conductas autodestructivas, arriesgadas o imprudentes, tentativas de suicidio
	Desórdenes funcionales	Alteraciones en los ciclos vigilia-sueño. Alteraciones del sueño (pesadillas, miedos, hablar durmiendo)
		Alteraciones en el apetito (anorexia, bulimia), Retraso en el crecimiento.
		Problemas psicosomáticos, Munchausen por poderes, etc.
	Alt. emocionales y afectivas	Escaso logro de objetivos, éxito personal, éxito escolar.
		Baja autoestima. Baja seguridad en sí mismo. Culpa infundada. Vergüenza excesiva. Retraimiento social. Conductas regresivas.
		Poca promoción o conocimiento de aspiraciones personales. Proyecto personal inconsistente, poco realista.
		Vínculos afectivos escasos o inadecuados (familia, prof.)
	Alt. en el desarrollo mental	Depresión. Ansiedad. Crisis de angustia. Apatía permanente. Labilidad o falta de control emocional. Fobias.
		Alteraciones psicomotrices (cansancio, lentitud o hipercinesia)
		Problemas en la atención y/o concentración
		Retraso en la aparición del habla. Dificultad comunicativa. Pobreza de lenguaje. Retraso cognitivo.
		Disminución o pobre rendimiento estudiantil. Fracaso escolar, Fracaso académico. Retraso educacional.
Insuficientes habilidades sociales. Poca autonomía. Aislamiento o fracaso social.		

¹¹ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 52

Alteraciones en la esfera sexual	Conducta sexual anómala. * 12	Masturbación excesiva
		Interacción sexual con iguales poco común a su edad
		Actos ilícitos contra la libertad sexual de niños más pequeños
		Conductas sexuales o sexuadas con adultos
		Asimetría de edad víctima/autor (5 años en < 12 años, 10 años en > 12 años).* 13
		Conductas seductivas repetidas
		Promiscuidad
		Fantasías excesivas
		Ejerce la prostitución.*
		Hay esperma (Fluorescencia a luz ultravioleta. Luz de Wood).*
		Embarazo a temprana edad.*
	La madre más joven del mundo fue la niña peruana Lina Medina. El 14 de mayo de 1939 dio a luz por cesárea un niño que pesó 2.700 gr., cuando contaba con sólo 5 años y 8 meses de edad. Esta niña constituye el ejemplo médico más notable de menarquia y madurez sexual precoz. Concretamente esta niña inició sus menstruaciones cuando sólo contaba con 7 meses y medio de edad. 14	
	Conocimientos infrecuentes	Penetración digital
		Erección (duración y mantenimiento)
		Eyacuación (color, salpicaduras, etc)
		Cunnilingus o Fellatio
		Sensaciones en caso de penetración o eyacuación
		Olor y/o sabor del esperma

Indicadores estadísticos de riesgo 15	Sexo femenino (relación 2:1)	
	Edad entre 11 y 12 años	
	Antecedentes	Anterior delito contra la libertad sexual (el 50% más de 1 vez)

¹² Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 52

¹³ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 52

¹⁴ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 51

¹⁵ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 56

Indicadores estadísticos de riesgo ¹⁶ (continuación)	Retraso mental moderado, discapacidad y conductas afines	<p>El desarrollo e interés sexual de menores afectados de retraso mental moderado surge a igual edad que en los demás. La menor capacidad para comprender su sexualidad, el deseo de relaciones de amistad con no discapacitados y la relación con adultos y profesionales a su cargo los hace más vulnerables al abuso y exploración ¹⁷.</p> <p>Son menores con menor formación en educación sexual, más confiados, mucho más sugestionables, acostumbrados a la sumisión y obediencia, habitualmente víctimas de exceso de proteccionismo y por ende demandantes de mayor atención y afecto. Su menor capacidad les genera baja autoestima y desconfianza en si mismos, menor capacidad para resolver problemas y para tomar decisiones. Fuera de su entorno familiar pueden ser niñas o niños con menor aporte afectivo o emocional por razón de segregación, discriminación o exclusión social.</p>
--	--	--

Indicadores estadísticos de agresión ¹⁸	Sexo masculino	
	Atracción sexual por menores	Consumo de pornografía infantil. Usuario de prostitución infantil. Fácil acceso a las víctimas
	Pocas habilidades interpersonales con el sexo opuesto.	
	Antecedentes	Anterior delito contra la libertad sexual (el 50% más de 1 vez)
	Prevalencia de superioridad	Subcultura patriarcal. Machismo y fomento de la idea de poder y dominación. Visión de los menores como propiedad de los adultos. Desvalorización de la infancia. Creer que los menores siempre deben obedecer a los adultos. Educación y/o conductas sexuales coercitivas o de discriminación sexual.

¹⁶ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 56

¹⁷ Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 57

¹⁸ Húrtele SK, Miller Perrin CL. Preventing child sexual abus: Charing the responsibility. Lincon, NE: University of Nebraska Press. 1992 48-49. Citado en López F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amaru. 1995: 84, citado por Dr. J.A. Díaz Huertas. "Prevención de los abusos sexuales" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 166

4.- ENTREVISTA Y VALORACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO

4.1. Cuatro Principios básicos para la actuación y toma de decisiones ¹⁹

1. Interés superior del menor o incapaz
2. Prueba Judicial o Instrucción Judicial

Fase de investigación desarrollada por el Juzgado con el fin de recopilar los datos que permitan sustentar el ejercicio de la acción penal o desechar el proceso por no aparecer indicios de criminalidad frente a una persona concreta.

A diferencia de casos como el presente en el que se halla un testigo presencial, en muchos procedimientos judiciales por delitos contra la libertad sexual de menores o incapaces, resulta casi imposible obtener otra evidencia o prueba de cargo al margen de la declaración del propio menor o del incapaz. Téngase en cuenta que se suelen dar en el ambiente doméstico, prevaleciéndose el agresor de su superioridad y con mucho predominan los abusos frente a las agresiones sexuales.

Durante la investigación médico legal se debe tener en cuenta:

- o El tipo penal o delito infringido
- o La víctima y sus circunstancias personales y familiares
- o Los imputados (autor, cómplice, encubridor) su grado de intervención y las circunstancias modificativas de su responsabilidad penal (eximentes, atenuantes y agravantes)
- o Los testigos
- o Los perjudicados y la responsabilidad civil derivada de la comisión.
- o El objeto del delito, las pruebas materiales y las pruebas periciales u objetivas de los hechos y extremos anteriores.

3. Mínima intervención sin merma de garantías procesales y asistenciales.

4. La mejor forma de proteger a los menores e incapaces de los malos tratos es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de los mismos.

4.2. Prevenciones iniciales

A lo largo de la historia ha habido una evidente desconfianza hacia el testimonio de los menores e incapaces, especialmente de los más pequeños o de los que tienen menor edad mental.

¹⁹ “Protocolo sobre actuación ante abusos sexuales infantiles.” en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 31

Las dudas sobre la credibilidad de sus manifestaciones, sobre su competencia para informar con exactitud, para admitir en suma su actuación como testigos en los juicios se sustentan en datos objetivos como son sus limitaciones mnésicas, su inmadurez, sus dificultades para diferenciar la realidad de la fantasía, su mayor sugestionabilidad e influenciabilidad, etc.

Por otra parte, el estrés sufrido durante la experiencia traumática de algunos episodios abusivos puede determinar alteraciones en su relato.

Por ejemplo puede que se concentre la atención del menor o del incapaz en los aspectos centrales en detrimento de los detalles periféricos. En ocasiones aparecen síntomas de disociación, que impiden el procesamiento de la información de forma narrativa quedando sólo fragmentos de memoria. Otras veces la represión aparta de la conciencia el recuerdo del psicotraumatismo.

Y en caso de menores o incapaces que habitualmente han estado sometidos a situaciones de maltrato o abandono emocional, lo normal es que tiendan a minimizar los hechos abusivos.

4.3. Metodología SVA (*Statement Validity Assessment*)

Antes de evaluar el testimonio de un menor o de una persona con menor edad mental de la que le corresponde por su edad natural, como en el presente caso, se debe recopilar y examinar toda la documentación sobre el caso y entrevistarse con los adultos responsables de su cuidado, los familiares y demás allegados, todos ellos por separado. Las anotaciones más significativas deberán ser literales.

Informes médicos, escolares, socio-familiares, psicológicos, etc. Antecedentes familiares, personales, delictivos, trayectoria psicoevolutiva, niveles de adaptación, habilidades sociales etc....y especialmente la génesis y progresión del conflicto legal.

De entre las distintas técnicas para valorar la credibilidad del testimonio de un menor o de una persona con minoría de edad mental, destaca el SVA (*Statement Validity Assessment*). Este método se basa en la llamada “Hipótesis de Undeutsch (1967)” por la que un relato se considerará válido si en el se narran y describen acontecimientos que responden a una experiencia real y no lo será si son fruto de invenciones, inducciones o sugerencias.

Otras técnicas son las descritas por Cantón Duarte y Cortés Arbolada (2002); la utilización de muñecos anatómicamente correctos defendido por autores como Boat y Everson (1994) o Katz, Schonfeld, Carter, Leventjal y Cicchetti (1995); la escala de Sal (Gardner 1987) o la Guía de NCAC (Carnes, Wilson y Nelson-Garndell, 1999)

El método SVA está integrado por tres elementos:

- La entrevista semiestructurada no inductiva ni sugestiva.
- El análisis del testimonio aplicando los criterios de contenido CBCA.
- Evaluación de criterios de validez. Criterios externos al testimonio.

4.4. La entrevista con el menor o incapaz

La entrevista del psicólogo Forense se verificará a solas y deberá grabarse (vídeo y audio). La cinta original no deberá manipularse aunque a efectos prácticos podrá emplearse una copia editada en la que se marquen determinados sectores.

De entrada, habrá que tener en cuenta los siguientes principios sobre la intervención psicológica en menores e incapaces víctimas de malos tratos y/o de delitos contra su libertad sexual.

- Hacerle ver que se le cree.
- Hacerle ver que el único responsable fue el agresor.
- Hacerle sentir seguro y protegido.
- Escucharle sin hacer comentarios ni evidenciar sorpresa.

La entrevista se acomodará a sus características personales, a su desarrollo cognitivo y emocional, a su ritmo, etc., tratando de alcanzar un clima de empatía (participación afectiva) y de conformidad (rapport).

Para ello resulta de útil rebajar los niveles de ansiedad y emplear tópicos de contenido neutral tales como aficiones, preferencias, estudios, amigos, etc.

Para reducir los sesgos en el testimonio es esencial no inducir las respuestas, partir de preguntas abiertas tratando que el estilo narrativo sea de recuerdo libre.

Partiendo de lo abstracto a lo concreto se pueden utilizar preguntas abiertas como ¿Parece que has tenido algún problema, que ha sucedido, cuéntanos todos los detalles?

Se deben evitar las preguntas directas. Sólo en caso de abusos continuados resulta apropiado preguntar por la primera y por la última vez, conocidos los efectos de primacía y proximidad de la memoria. En otras ocasiones será útil preguntar por el suceso que mejor recuerde.

No obstante resultan de interés preguntas para evaluar el grado de sugestionabilidad, para comprobar si el menor o incapaz modifica el contenido de su relato.

4.5. Análisis del contenido CBCA

El elemento central del SVA es el CBCA. El que actualmente se emplea por las Psicólogas de la Clínica médico Forense de Madrid es el de Steller y Köhnken (1989).

Por medio del CBCA se evalúa si estamos ante una declaración de calidad o bien ante una narración altamente estructurada, lineal y desprovista de detalles.

La técnica se basa en la transcripción literal de la grabación del testimonio y su análisis conforme a 19 criterios de contenido agrupados en cinco categorías.

Criterios de contenido (CBCA)

Características Generales	01 Estructura lógica 02 Elaboración inestructurada 03 Cantidad de detalles
---------------------------	--

Contenidos específicos	04 Incardinación en Contexto 05 Descripción de interacciones 06 Reproducción de conversaciones 07 Complicaciones inesperadas durante el incidente
Peculiaridades del contenido	08 Detalles inusuales 09 Detalles superfluos 10 Incomprensión de detalles relatados con precisión 11 Asociaciones externas relacionadas 12 Alusiones al estado mental subjetivo 13 Atribuciones al estado mental del agresor
Contenidos relacionados con la motivación	14 Correcciones espontáneas. 15 Admisión de falta de memoria. 16 Plantear dudas sobre el propio testimonio 17 Autodesaprobación 18 Perdón al autor del delito
Elementos específicos de la ofensa	19 Detalles característicos de la agresión.

4.6. Criterios de validez. Criterios externos al testimonio

Analizada con el CBCA la calidad del contenido, no se puede establecer una relación lineal entre el número de criterios obtenidos y la credibilidad, pues es preciso tener en cuenta otras variables o circunstancias externas al propio relato, los llamados 11 criterios de validez que se agrupan en 4 categorías.

Criterios de validez

Características Psicológicas	01 Adecuación del lenguaje 02 Adecuación del afecto 03 Susceptibilidad a la sugestión
Características de la entrevista	04 Preguntas sugestivas o directivas 05 Adecuación global de la entrevista
Motivación para informar en falso	06 Motivos para denunciar 07 Contexto de la revelación o informe original 08 Presiones para informar en falso
Cuestiones de investigación	09 Consistencia con las leyes de la naturaleza. 10 Consistencia con otras declaraciones 11 Consistencia con otras evidencias

5.- EVALUACIONES, PONDERACIONES Y CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS

5.1. Evaluación de indicadores de riesgo

Alguno de los factores citados anteriormente no son indicadores de riesgo, sino pruebas fehacientes de la comisión del delito. Por ejemplo:

- Embarazo en menor de casi 14 años o menos. (implica relaciones con 13 o menos) o en incapaz con menor edad mental.
- Enfermedades de transmisión sexual en menor de 13 años o en incapaz con menor edad mental
- Múltiples heridas de distinto origen, localización e intensidad.
- Ejerce la prostitución.
- Se encuentra en desamparo o abandonado.

5.2 Evaluación sobre credibilidad del testimonio

Para elevar un dictamen sobre el grado de credibilidad del testimonio se aplican los criterios de validez a los resultados del análisis del CBCA (Raskin y Esplín, 1991) concluyendo con alguna de estas alternativas:

- Muy creíble o altamente creíble
- Creíble
- Indeterminado
- Increíble
- Altamente increíble

5.3. Conclusión diagnóstica

Siempre que se habla de menores o incapaces y sexo, se exige ineludiblemente conocer el grado de maduración intelectual y el grado de desarrollo físico y puberal, tanto de la supuesta víctima como del presunto agresor. Pues según el caso, una misma acción puede ser manifiestamente ilícita o bien, motivo del reconocimiento del derecho a la "sexualidad" en los menores e incapaces.

Teniendo en cuenta la consideración anterior, los indicadores de riesgo y el grado de credibilidad del testimonio del menor o incapaz, podremos concluir:

- Que estamos ante un presunto delito contra la libertad sexual de un menor o incapaz, por encontrar indicadores específicos o también un relato creíble o muy creíble.
- Que sólo existen sospechas al no haber obtenido datos objetivos específicos y resultar además indeterminado el relato del menor o incapaz.
- O bien que no estamos ante ningún acto ilícito contra la libertad sexual.

6.- CUANDO ACTUAR

De entrada cabe destacar que, todas las formas de malos tratos a menores e incapaces y especialmente los actos contra su libertad sexual son una urgencia médica y social.²⁰ Yo añadiría que son también una urgencia psicológica, familiar, educativa, policial y judicial.

En segundo lugar, lo que se le pide a los profesionales es que detecten indicios razonables para sospecharlos.

En tercer lugar, teniendo conocimiento de los hechos, el profesional no debe restringirse a su actuación alegando razones de rol profesional (hay profesionales especializados a los que corresponde actuar) o de deber cívico (creer que es un asunto privado en el que no se debe entrar).

O sea, debe pedir el consentimiento a la víctima o a su representante legal y de obtener autorización, comunicárselo a los demás profesionales llamados a intervenir, al ser la condición necesaria para posibilitar su actuación.

En tal sentido cabe destacar que toda actuación requiere el consentimiento informado. Toda comunicación a otros profesionales de datos personales o familiares especialmente los relativos a la salud, requiere autorización de su titular o de su representante legal.

Este principio general, tiene sus excepciones en el caso de comunicaciones a la policía o al Juzgado.

En cuarto lugar, en determinados casos, tanto el profesional como la víctima están protegidos por las normas legales:

- Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales.
- Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de Ayudas y Asistencia a Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual y el RD 738/1997, de 23 de mayo, que aprueba su reglamento.

En quinto lugar, dadas las apetencias sensacionalistas de nuestra sociedad mediática, si una razonable discreción es siempre buena consejera, en supuestos de abuso sexual debe redoblararse con el fin de no causar perjuicios irreparables a la víctima o a un presunto autor que a la postre se revele inocente.²¹

²⁰ “Protocolo sobre actuación ante abusos sexuales infantiles.” en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 29

²¹ Manuel Aznar Lopez “El Defensor del Pueblo ante el Abuso y la Explotación sexual infantil” en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 162

7.- INDICACIONES TERAPÉUTICAS

7.1. Programas de prevención primaria

Son programas dirigidos a la población en general, que pudieran alcanzar una mayor motivación a raíz del conocimiento público de los hechos motivo de las presentes actuaciones. Concretamente se trata de medidas tales como:

- Escuela de padres, como Cursos de formación sobre habilidades parentales (jóvenes y futuros padres)
- Formación de menores (programas dirigidos a la población infantil) Derechos de los niños. Educación para la salud. Desarrollo de factores de protección. Etc. Por ejemplo:

Asertividad. Enseñar a decir NO ante cuestiones percibidas como desagradables o amenazantes para el niño. Formación contra la pasividad y la sumisión.

Educación sexual. Propiedades del propio cuerpo. Concepto de abuso sexual. Derecho a controlar el acceso a él. Lo apropiado y no apropiado en las relaciones sexuales según la edad. Discriminación entre ser acariciado y tocado

Diferencias entre el secreto apropiado y el no apropiado. Conveniencia o no de tener secretos.

Mecanismos de autodefensa. Medidas ante situaciones potencialmente peligrosas. Confianza en las instituciones referente a personas o situaciones de riesgo.

- Reducir el aislamiento social:

Mejora de las instalaciones sociales. Promoción de los espacios de ocio, entretenimiento y esparcimiento que faciliten el encuentro entre vecinos.

Promoción de la intervención cívica en los asuntos sociales, asociaciones de vecinos, consultas vecinales, etc, fomentando el sentimiento de comunidad y la red de servicios de infancia y familia.

7.2. Programas de prevención secundaria

Son programas dirigidos a grupos específicos y de riesgo con el objetivo de actuar antes de que ocurran los abusos, así como detectar y tratar precoz y eficazmente a las víctimas.

- Programa específico para menores con retraso mental, discapacidad y conductas afines.

Como así se citó en el apartado de indicadores de riesgo: El desarrollo e interés sexual de menores afectos de retraso mental moderado surge a igual edad que en los demás. La menor capacidad para comprender su sexualidad, el deseo de relaciones de amistad con no discapacitados y la relación con adultos y profesionales a su cargo los hace más vulnerables al abuso y exploración.²²

²² Dr. J.A. Díaz Huertas. "Abuso sexual infantil en la Historia. Concepto y tipos" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 57

Son menores más confiados, mucho más sugestionables, acostumbrados a la sumisión y obediencia, habitualmente víctimas de exceso de proteccionismo y por ende demandantes de mayor atención y afecto. Su menor capacidad les genera baja autoestima y desconfianza en sí mismos, menor capacidad para resolver problemas y para tomar decisiones. Fuera de su entorno familiar pueden ser niñas o niños con menor aporte afectivo o emocional por razón de segregación, discriminación o exclusión social.

- Formación y sensibilización a instituciones y profesionales fuente de denuncias (protocolo de comunicación)
- Identificación de familias y menores de riesgo (visitadoras de salud, trabajadores sociales. Programa niño sano) Disponer de sistemas de predicción de riesgo.
- Constitución de un grupo intersectorial multiprofesional para la comunicación, coordinación y cooperación entre organismos, instituciones y profesionales (policía, servicios sociales, centros de atención primaria y hospitalizada, Juzgados).
- Establecimiento de mecanismos de detección, inspección y evaluación en instituciones de riesgo (Guarderías, escuelas y colegios, centros de acogida, centros de internamiento de minusválidos psíquicos, asociaciones juveniles, etc)
- Reducción de los procesos de exclusión social. Erradicación de la pobreza extrema. Dotación de equipamientos a las áreas urbanas y rurales deprimidas.

7.3. Programas de prevención terciaria

Las medidas de prevención terciaria tienen lugar en caso de abusos consumados, siendo su finalidad evitar su repetición, prevenir y reducir el deterioro o las secuelas del mismo.

- Red de apoyo, asesoramiento, ayuda y protección social para las familias en caso de abuso sexual infantil.
- Centros de día y de internamiento para la acogida, cuidado y atención de víctimas. Tratamiento y prevención de secuelas.
- Medidas terapéuticas de soporte domiciliario
- Centros de día para tratamiento de abusadores.

La efectividad del tratamiento a los agresores sexuales, está cuestionada en general, aunque tiene mayor eficacia en algunos grupos tales como los abusos sexuales intrafamiliares.²³

Transcrito sin enmiendas ni tachaduras y leído y hallado conforme, firma el médico Forense después de su Señoría, doy fe.

²³Dr. J.A. Díaz Huertas. "Prevención de los abusos sexuales" en Atención Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y La Familia. Madrid 2001. pag. 167