

La violencia en la pericia psiquiátrica de niños y adolescentes

Trabajos originales

Resumen

Si bien el interés de la Justicia es la protección del niño y del adolescente frente a situaciones de violencia, el procedimiento judicial puede determinar un redoblamiento iatrogénico y oficial del traumatismo. La pericia debe tender a la minimización del daño y a la obtención de la máxima información posible, garantizando los intereses del niño y la integridad del proceso judicial.

Una adecuada práctica pericial requiere de una rigurosa formación en el desarrollo normal del niño, la psicopatología, las técnicas de entrevista y de análisis de la información. La formación especializada es requerimiento indispensable para la minimización del daño y la efectividad de la función pericial.

Palabras clave

Pericia psiquiátrica
Abuso sexual infantil
Testimonio del niño
Violencia

Summary

While the interest of Justice is the protection of children and adolescents in situations of violence, the judicial procedure can determine iatrogenic and officially strengthened trauma. Court-mandated evaluations should aim to minimize the damage and to obtain as much information as possible, ensuring the interests of the child and the integrity of the judicial process. An appropriate court-mandated evaluation practice requires a rigorous training in the normal development of the child, psychopathology, interview techniques and analysis of the information. Specialized training is essential to minimize the damage and for an effective role of the reporting expert.

Key words

Court-mandated psychiatric evaluation
Child sexual abuse
Testimony of the child
Violence

Introducción

La violencia ejercida sobre los niños, bajo la forma del maltrato físico o el abuso sexual, moviliza nuestras más profundas convicciones humanas, promoviendo respuestas afectivas intensas y con frecuencia reacciones sociales de pánico moral¹.

Estas respuestas sociales pueden generar un impacto que altera la objetividad profesional, sesgando la comprensión del problema.

En nuestro país no existen datos confiables que permitan cuantificar con precisión su magnitud. Hay ausencia de un registro único, pero la práctica clínica confirma la gravedad

del fenómeno. En el año 97 el porcentaje de interconsultas al Servicio de Psiquiatría Pediátrica desde sala de Pediatría por sospecha de maltrato y abuso sexual, correspondió al 26%². En el año 2008 este porcentaje ascendió al 53%*.

Los datos epidemiológicos nos permiten conocer la dimensión del problema a efectos de establecer políticas de prevención e intervención más adecuadas, pero la clínica nos acerca a las graves repercusiones de la violencia en la vida del sujeto. Esta no siempre deja huellas físicas ostensibles, pero sus consecuencias afectivas son múltiples, desde la depresión y los intentos de autoeliminación hasta los trastornos por estrés postraumático

Autoras

Matilde di Lorenzo

Prof. Adjunta de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Perito Psiquiatra Forense. Instituto Técnico Forense.

Irene García Maggi

Médico Psiquiatra Pediátrico. Perito Psiquiatra Forense. Instituto Técnico Forense.

Correspondencia:

Irene García Maggi
rositagarcia2000@yahoo.fr

* Datos aportados por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, CHPR, Prof. Agda. Dra G. Garrido.

y disociativos, en una infinita gama de situaciones clínicas.

Frente a una sospecha de maltrato o abuso sexual, con frecuencia se ponen en marcha distintas estrategias de abordaje tendientes a garantizar la protección del niño.

Sin embargo, no debemos perder de vista que estas medidas, aun cuando son muchas veces necesarias, implican por sí mismas cierto grado de violencia.

La denuncia judicial es una de las formas posibles de limitar la violencia ejercida sobre el niño en el ámbito familiar y social. Pero es importante considerar que denunciar es ante todo poner la máquina judicial en marcha, y esta máquina juzga, daña, altera la existencia de aquel que pasa a través de ella.

El sistema legal constituye un territorio desconocido para los médicos y profesionales de la salud mental, no inmersos por nuestra profesión en el conocimiento del proceso judicial. Esto hace que con frecuencia se cometan errores, al esperar una respuesta que la Justicia no podrá dar o al desconocer los mecanismos, procedimientos y alcances de este sistema.

Dado que cuando se plantea una sospecha de maltrato o abuso sexual, se inicia un largo proceso diagnóstico, que puede culminar o no con la denuncia judicial, es necesario que el psiquiatra pediátrico esté formado en ciertos principios básicos, a efectos de promover la disminución del daño.

Validez del testimonio del niño

Cuando el niño llega a la instancia pericial, habitualmente ya ha atravesado una extensa serie de interrogatorios y exámenes muchas veces invasivos.

En tales condiciones, debemos considerar las características del proceso diagnóstico previo, ya que este puede aparejar la imposibilidad de obtener una prueba confiable.

Es importante tener en cuenta que en situaciones de sospecha de abuso sexual, las lesiones físicas solo son halladas en un bajo porcentaje de casos³, por lo que el testimonio del niño es con frecuencia el único elemento de prueba.

Los estudios de Marin et al. muestran que el libre testimonio del niño es en general muy preciso, generándose dudas en cuanto a esta precisión cuando la entrevista es dirigida a través de la realización de preguntas⁴.

Ya en el año 1987 King y Yuille planteaban que los niños no son más sugestionables que los adultos, sino que deben ser considerados como complacientes⁵.

La sugestionabilidad se define como la tendencia del individuo a aceptar sin crítica información durante un interrogatorio. Implica una aceptación personal de una proposición. Difiere de la complacencia, que es definida como la tendencia a acompañar solicitudes o demandas hechas por personas percibidas como autoridad, aun cuando no se está de acuerdo con ellas.

La sugestionabilidad debe ser entendida, entonces, como fuertemente determinada por influencias situacionales. Una persona puede ser identificada como altamente sugestionable en una situación y altamente resistente en otras.

Paulina Kernberg sostiene que cuando un niño denuncia en forma libre y espontánea haber sido víctima de abuso sexual, esto realmente aconteció en 90% de los casos⁶.

Las falsas alegaciones, entendidas no solo como las mentiras intencionales sino también las que provienen de interrogatorios sugestivos, se estiman en un promedio de 23 a 35%⁷.

El médico clínico debe extremar los cuidados a fin de preservar sin contaminar el testimonio del niño, evitando las preguntas sugestivas, la reiteración de interrogatorios y exámenes invasivos.

Si el proceso diagnóstico es inadecuado, corremos el riesgo de contaminar el relato, perdiendo así el único elemento de prueba disponible.

Es importante tener presente que tratar falsas alegaciones como verdaderas puede ser tan perjudicial como acusar a un niño abusado de mentir, por lo que es fundamental que el médico parta de una escucha abierta, libre de ideas preconcebidas que lo lleven a buscar una determinada respuesta.

Cuando el niño no es escuchado en su singularidad y se antepone un discurso, basado

en ideas preconcebidas, es desconocido como sujeto, aun cuando se esgriman razones ideológicas o valores morales que intentan sostener la protección de la infancia.

Dice Jeammet que “una persona siente la violencia cuando es negado como sujeto, como sujeto deseante o como sujeto existente... Lo que nos provoca la violencia es el sentimiento de no existir, de no ser tomado en cuenta como sujeto y ser tratado como objeto”⁸.

El rol de la Justicia

Frente a cada caso de sospecha de maltrato y/o abuso sexual, es necesario sopesar el beneficio y el daño que la denuncia judicial puede ocasionar en el niño.

La denuncia implica habitualmente un proceso judicial largo que coloca al niño y a la familia en la espera interminable de una decisión que les concierne en primer lugar.

Una de las funciones de la Justicia es la de establecer la discriminación fundamental para toda sociedad entre la agresión legítima y la violencia destructiva.

Los niños maltratados, tal vez más que cualquier otro, tienen la necesidad de que la norma sea claramente enunciada, porque los límites son poco precisos cuando la violencia es ejercida por las personas que más quieren y que tienen autoridad sobre ellos⁹.

La violencia parental existe; sin embargo, es menos aceptado que las instituciones cuya función es precisamente la de proteger a los niños, incluso de sus padres, pueden también dar lugar a la violencia.

La Justicia tiene la función de protección y de establecer un límite entre la Norma y la transgresión, entre lo permitido y lo punible.

Particularmente, en los casos de abuso sexual intrafamiliar, el procedimiento judicial permite romper el aislamiento y reintroducir una dimensión simbólica de la ley perdida.

Para los padres, frecuentemente ellos mismos víctimas de abuso sexual en la infancia, el reconocimiento por parte de la Justicia de la agresión que ellos ejercen sobre sus hijos, implica la posibilidad de reconocer la agresión de la cual fueron objeto. Este reconocimiento,

el enjuiciamiento de estos hechos como inaceptables y la protección del niño frente al adulto agresor, podrá habilitar la reconstrucción de su propia historia.

Para el equipo de salud enfrentado a estas situaciones, la intervención de la ley como un orden establecido genera alivio al ubicar la toma de decisiones de alta responsabilidad, que conllevan conflictos y gran monto de angustia, en otras estructuras¹⁰.

Cuando la Justicia no opera adecuadamente, ratifica un castigo hacia el niño y se vuelve fuente de violencia destructiva.

En las situaciones de maltrato y abuso sexual infantil, el niño es sometido a una serie de investigaciones que lo colocan en el eje de los procedimientos judiciales, por lo que queda expuesto a nuevas victimizaciones.

En este sentido, el penalista argentino Neuman¹¹ plantea: “...el procedimiento penal, la obcecada búsqueda de esa verdad objetiva, convierten a la víctima paradójicamente en persona a ser investigada.

Invariablemente será sometida a nuevas agresiones (...) Interesa la aprehensión del sospechado. La investigación se centra en el cuerpo de la víctima y en sus palabras que son las que proporcionarán esas pruebas (...). Cabe preguntar: ¿valen la pena los pasos que debe pasar la víctima, tamaña mortificación y victimización en aras de un conjetural e hipotético hallazgo de la culpabilidad penal?, ¿es más importante el delito cometido que el estado de dolor moral al que se somete a la víctima?”

Alcances y limitaciones de la pericia psiquiátrica

El diagnóstico de abuso sexual no puede realizarse únicamente sobre la base de la presencia de síntomas psiquiátricos o psicológicos. Debido a que no existen síntomas patognomónicos o específicos de abuso sexual en esta esfera, estos deben ser considerados como síntomas compatibles cuando existen otros elementos que permitan sostenerlo (denuncia del niño, hallazgos físicos y paraclínicos y/o otras pruebas materiales). Un

error común de los evaluadores consiste en confundir correlación con causalidad. En estos casos el perito puede observar síntomas psicológicos durante la evaluación y concluir que estos síntomas necesariamente reflejan una relación causal con el hecho denunciado¹².

Múltiples síntomas psiquiátrico-psicológicos son frecuentemente reportados como indicadores de abuso sexual infantil (enuresis, encopresis, trastornos del sueño, síntomas depresivos y de ansiedad, hipersexualidad, etc.). Esta variada sintomatología es ampliamente frecuente en niños y no puede ser adjudicada a una causa única, ya que son comunes a diversos cuadros clínicos.

Dado que el abuso sexual no produce un conjunto de síntomas específicos, los peritos nunca deben asumir que un abuso ocurrió o no basados únicamente en la existencia de síntomas.

Kendall-Tackett et al., en una revisión de 45 estudios sobre niños abusados sexualmente, hallaron que el porcentaje de niños víctimas de abuso sexual asintomáticos oscilaba entre 21 a 49%¹³.

En este mismo reporte, se consigna que no existe un síntoma predominante en la población de niños víctimas de abuso sexual estudiada y que los niños abusados no mostraron más síntomas que los que acuden a los Servicios de Salud Mental por problemas no relacionados con el abuso sexual.

El desconocimiento del desarrollo normal del niño puede resultar en una interpretación inadecuada de conductas propias de las distintas etapas del desarrollo sexual infantil: masturbación, fantasías y juegos sexuales infantiles.

Una correcta evaluación requiere de una precisa consideración y conocimiento de los distintos aspectos del desarrollo normal infantil y la patología.

Es importante dejar claro, a su vez, que en ningún caso el psiquiatra puede asegurar que un abuso sexual no haya realmente acontecido.

El abuso sexual no es un diagnóstico, sino, más precisamente, un evento vital o una serie de eventos que pueden resultar en una amplia gama de conductas.

La pericia psiquiátrica en niños y adolescentes

La pericia es el conjunto de procedimientos técnicos que tienen como finalidad el esclarecimiento de un hecho de interés para la Justicia. Es importante no perder de vista que el interés de la Justicia no siempre se corresponde con el interés del niño.

El objetivo de la pericia es el de obtener la máxima información posible minimizando el daño y preservando la integridad del proceso judicial, buscando proteger ambos intereses.

Solo una investigación imparcial, que respete la fidelidad de la información a través de una recolección respetuosa y no sugestiva, puede minimizar los daños del proceso.

El perito debe ser sensible a las necesidades y características de cada niño, ajustando los tiempos y ritmos de la entrevista de acuerdo con estas.

El registro textual permite evitar la multiplicidad de interrogatorios y analizar la información en forma detallada y rigurosa.

Se debe intentar obtener una declaración lo más exhaustiva posible sin influir en el relato del niño, buscando minimizar el riesgo de contaminación.

El perito debe estar formado en la utilización de instrumentos confiables y validados que permitan un análisis riguroso y objetivo de la información.

Tye et al., en una serie de cuatro estudios dirigidos a determinar los juicios de credibilidad de niños de edades comprendidas entre 6 y 10 años, concluyen que la exactitud de la evaluación de la credibilidad realizada por especialistas en la aplicación del Criterion Based Content Analysis (CBCA)* alcanza el 89%, mientras que cuando esta evaluación es realizada sin dicho instrumento alcanza niveles de exactitud significativamente inferiores: 55%¹⁴.

Posicionamiento del perito psiquiatra

El psiquiatra de niños puede participar en la instancia judicial en su carácter de médico clínico o en el rol de perito.

* Instrumento pericial semiestandarizado.

La práctica del psiquiatra forense es sustancialmente diferente de la del psiquiatra clínico. El objetivo de la entrevista pericial, los métodos empleados para arribar a conclusiones y la naturaleza de la relación entre el examinador y el examinado, son conceptualmente distintos de aquellos de la psiquiatría clínica tradicional¹⁵.

El rol del psiquiatra forense requiere de una combinación única de destrezas y habilidades, que implican un posicionamiento y pensamiento diferentes de los del psiquiatra clínico y de los distintos integrantes del sistema judicial.

Su objetivo principal se centra en responder la pregunta psicolegal, enmarcándose dentro del ámbito jurídico. Consiste en obtener la mayor cantidad de información posible, confiable y objetiva, respecto a los hechos investigados.

Esto incluye la evaluación del funcionamiento del niño, en orden de ayudar al juez a tomar las medidas de cuidado adecuadas.

El perito debe mantenerse en una posición objetiva, contemplando múltiples hipótesis hasta justificar una opinión razonablemente sustentada.

Por el contrario, cuando la entrevista tiene un objetivo clínico, el psiquiatra adopta una actitud empática que toma en cuenta preponderantemente la realidad interna del paciente.

La objetividad, que es una premisa básica del posicionamiento forense, es entorpecedora cuando se trata de un contexto clínico terapéutico.

Los peritos forenses deben ceñirse a métodos de evaluación rigurosos de acuerdo con problemas específicos, seguir las reglas de procedimiento jurídico correctas, mantenerse dentro de los límites originalmente acordados del rol del perito y seguir las prácticas adecuadas dentro del campo forense.

Los tests, técnicas y estrategias psicoterapéuticas, desarrolladas y utilizadas en la evaluación clínica general, son inadecuados para responder sobre asuntos legales.

Como regla general los psiquiatras y/o terapeutas tratantes deben mantenerse como tales y si son llamados a testificar deben proveer un testimonio sobre su tratamiento y sobre aquellos temas que su paciente identificó.

Cuando un psiquiatra tratante es llamado a declarar por el Sistema Judicial a dar su opinión profesional, la única calidad en la cual puede

declarar es en la de testigo y no como perito, con todo lo que ello implica.

La conclusión obtenida desde una pericia es prueba fundada a diferencia del testimonio que se refiere a hechos percibidos sensorialmente por quien lo presta y que deberá dar la versión de cómo lo percibió¹⁶.

Los peritos deben ser cuidadosos en no asumir roles adicionales y limitarse a responder, según la información recabada, acerca de la cuestión psicolegal.

Existe un riesgo significativo en cuanto a la confiabilidad de los reportes cuando los profesionales de la salud mental funcionan como peritos sin tener en cuenta los principios básicos de la práctica forense¹⁷.

Particularidades de la pericia psiquiátrica en niños

Una importante distinción debe realizarse en relación con las competencias especiales que se requieren para el trabajo con niños. Es necesario tener conocimiento de los distintos aspectos del desarrollo neuropsicológico, de la dinámica familiar, así como capacidad para comunicarse y vincularse empáticamente. Una intervención sostenedora y continente no implica la pérdida de objetividad sino que, por el contrario, permite establecer un vínculo de confianza, marco necesario para la entrevista.

Además de estas competencias básicas, una serie de consideraciones éticas especiales deben ser tenidas en cuenta cuando se trata del asesoramiento forense en niños.

Es necesario que quien realiza la evaluación forense de menores explicita claramente los límites de la confidencialidad tanto al niño como a sus padres o cuidadores y otras posibles fuentes colaterales de información que puedan verse involucradas.

Una de las diferencias metodológicas en la evaluación de niños y adolescentes, es que, con frecuencia, se requiere múltiples fuentes de información debido a la condición de dependencia que caracteriza a estos grupos etarios.

Dado que el niño se encuentra en un proceso de desarrollo de su personalidad, debe conside-

rarse un conjunto de variables más dinámicas que los factores más estáticos usualmente presentes en la evaluación forense del adulto.

Debido a la especial naturaleza vulnerable del niño, las consideraciones éticas difieren de aquellas que se aplican al trabajo con adultos.

El perito psiquiatra pediátrico no puede ignorar los dilemas éticos, si existe una duda razonable acerca de un potencial sufrimiento o daño.

La intervención judicial podrá proteger al niño de la violencia familiar pero también puede exponerlo a nuevas agresiones. Un adecuado manejo de los principios periciales básicos disminuye el impacto traumático de esta intervención. Es una responsabilidad ética del perito mantener una formación rigurosa y asegurar el manejo objetivo de la información.

Referencias bibliográficas

1. **Edwards S, Lohman J.** The impact of "moral panic" on professional behavior in cases of child abuse: an international perspective. *J Child Sex Abuse* 1994; 3(1):103-126.
2. **Di Lorenzo M, García I, Goodson A, Martínez A.** El Psiquiatra de Niños en sala de Pediatría. Monografía, Clínica de Psiquiatría Pediátrica UDELAR, Montevideo; 1998.
3. **Rodríguez H.** Maltrato y abuso sexual de menores. Una revisión crítica. Granada: Comares; 2006, 101 pp.
4. **Marin B, Holmes D, Guth M, Kovak P.** The potential of children as eyewitnesses. *Law Hum Behav* 1979; 3:295-305.
5. **King MA, Yuille JC.** Suggestibility and the child witness. In: Ceci S, Toglia M, Ross D (eds). *Children's Eyewitness Memory*. New York: Springer-Verlag; 1987, pp.24-37.
6. **Actividad Científica.** Encuentro con Dra. Paulina Kernberg: El juego. Montevideo; 1999.
7. **Poole D, Lindsay D.** Misinformation from parents and children's source monitoring: Implications for testimony. In: Roberts K. *Children's source monitoring and eyewitness testimony*. Symposium conducted at the meeting of the society for research in Child Development. Washington DC; 1997.
8. **Jeammet P.** Violencia y narcisismo. En: *Psicoanálisis con niños y adolescentes* 1998; 11.
9. **Eliacheff C.** Vies privées. De l'enfant roi à l'enfant victime. Paris: Odile Jacob; 1997, 126 pp.
10. **García I, di Lorenzo M, Rodríguez H.** Encuentros y desencuentros en Medicina Legal. *Rev APPIA* 2000; 113-123
11. **Neuman E.** Victimología y Control Social: Las víctimas del Sistema Penal. Buenos Aires: Ed. Universidad; 1994, 292 pp.
12. **Kuehnle K, Sparta S.** Assessing child sexual abuse. Allegations in a legal context. In: Sparta SN, Koocher GP (eds). *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press; 2006, pp. 129-148.
13. **Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D.** Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113:164-80.
14. **Tye MC, Amato SL, Honts CR, Devitt MK, Peters D.** The willingness of children to lie and the assessment of credibility in an ecologically relevant laboratory setting. *Applied Developmental Science* 1999; 3(2):92-109.
15. **Sayler L, Sattler J.** Forensic interviewing of children and adolescents. In: Sparta SN, Koocher GP (eds). *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press; 2006, pp. 15-127.
16. **Maffioletti F, Santibáñez M, Soto F, Espinoza M, Navarro X, Leiva A y cols.** Evaluación pericial psicológica de credibilidad de testimonio. Documento de trabajo interinstitucional. Santiago de Chile; 2008.
17. **Brandt O.** Avoiding malpractice in child forensic assessment. In: Sparta SN, Koocher GP (eds). *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press; 2006, pp. 74-87.