

# VICTIMOLOGÍA

# FORENSE

**Coordinador:**

Faustina Sánchez Rodríguez · Emilio José García Mercader

**Autores:**

Wale Hikal · María de los Ángeles Miñarro Garrido  
Juana Teresa Jimenez · Emilio José García Mercader  
Faustina Sánchez Rodríguez · Aurelio Luna Maldonado  
María del Mar Robledo Acinas · Alfonso C. Aliaga Casanova  
Izaskun Orbegoza Oronoz · María Dolores Fuentes Bermejo  
Carmen Torres Sánchez · Syra Balanzat Alonso  
Julio Sánchez Meca · Ana I. Rosa Alcazar  
Concepción López Soler · José Antonio Sánchez Sánchez  
Juan Carlos Chacón Canovas · Diego Martínez Tortosa

# VICTIMOLOGÍA FORENSE



# **VICTIMOLOGÍA FORENSE**

## **COORDINADORES:**

**FAUSTINA SANCHEZ RODRIGUEZ  
EMILIO JOSE GARCIA MERCADER**

## **AUTORES:**

**Wael Hikal  
MARIA DE LOS ANGELES MIÑARRO GARRIDO  
JUANA TERESA JIMENEZ  
EMILIO JOSE GARCIA MERCADER  
FAUSTINA SANCHEZ RODRIGUEZ  
AURELIO LUNA MALDONADO  
MARIA DEL MAR ROBLEDO ACINAS  
ALFONSO C. ALIAGA CASANOVA  
IZASKUN ORBEGOZO ORONOZ  
MARIA DOLORES FUENTES BERMEJO  
CARMEN TORRES SANCHEZ  
SYRA BALANZAT ALONSO  
JULIO SANCHEZ MECA  
ANA I. ROSA ALCAZAR  
CONCEPCION LOPEZ SOLER  
JOSE ANTONIO SANCHEZ SANCHEZ  
JUAN CARLOS CHACON CANOVAS  
DIEGO MARTINEZ TORTOSA**

Copyright © 2008

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de los autores y del editor.

© WAEL HIKAL  
 MARIA DE LOS ANGELES MIÑARRO GARRIDO  
 JUANA TERESA JIMENEZ  
 EMILIO JOSE GARCIA MERCADER  
 FAUSTINA SANCHEZ RODRIGUEZ  
 AURELIO LUNA MALDONADO  
 MARIA DEL MAR ROBLEDO ACINAS  
 ALFONSO C. ALIAGA CASANOVA  
 IZASKUN ORBEGOZO OROÑOZ  
 MARIA DOLORES FUENTES BERMEJO  
 CARMEN TORRES SANCHEZ  
 SYRA BALANZAT ALONSO  
 JULIO SANCHEZ MECA  
 ANA I. ROSA ALCAZAR  
 CONCEPCION LOPEZ SOLER  
 JOSE ANTONIO SANCHEZ SANCHEZ  
 JUAN CARLOS CHACON CANOVAS  
 DIEGO MARTINEZ TORTOSA

© Editorial de Estudios Victimales  
 EDITA: Editorial de Estudios Victimales  
 C/ Victoria Kent, 20 - 45600 Talavera de la Reina (Toledo)  
 Tel. 925 81 22 50  
 e-mail: editorial@estudiosvictimales.es  
 www.estudiosvictimales.es  
 DEPÓSITO LEGAL: ???/???/???  
 I.S.B.N.: ???/???/???  
 Imprime: Tecnigraf, S.A.L. Talavera de la Reina (Toledo) - www.tecnigraf.es

## CAPÍTULO I .....

## FILOSOFÍA VICTIMOLÓGICA

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. EL PROCESO DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS GENERALES Y DEL DELITO ...         |  |
| II. AUTONOMÍA E IDENTIFICACIÓN DE LA VICTIMOLOGÍA GENERAL Y CRIMINOLÓGICA..... |  |
| III. UN AMPLIO CATALOGO DE VÍCTIMAS .....                                      |  |
| IV. EL PARADIGMA DE MODA: ¿LA VICTIMOLOGÍA?.....                               |  |
| V. EL RETO CIENTÍFICO DE LA VICTIMOLOGÍA.....                                  |  |
| VI. EL RETO ANTE LA JUSTICIA PENAL: LA DESATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS.....         |  |
| VII. LA AUTONOMÍA CIENTÍFICA.....                                              |  |
| VIII. EL ÁREA CLÍNICA VICTIMOLÓGICA .....                                      |  |
| IX. EL ENFOQUE PSICOLÓGICO .....                                               |  |
| X. EL ENFOQUE CRIMINOLÓGICO .....                                              |  |
| XI. EL ENFOQUE PENAL.....                                                      |  |
| XII. FORMAS DE ATENDER A LA VÍCTIMA: CLÍNICA VICTIMOLÓGICA.....                |  |
| XIII. RELACIÓN VÍCTIMA-VICTIMARIO .....                                        |  |
| XIV. RESTAURACIÓN EN SUS BIENES.....                                           |  |
| XV. RESTAURACIÓN PSICOLÓGICA Y FÍSICA .....                                    |  |
| XVI. CONCLUSIÓN .....                                                          |  |
| XVII. BIBLIOGRAFÍA.....                                                        |  |

## CAPÍTULO II

## VICTIMOLOGIAFORENSEEINTERVENCIONGRUPALPARAELEMPODERAMIENTO EN VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO .....

|                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. INTRODUCCION .....                                                                              |  |
| II. REDESCUBRIMIENTO DE LA VICTIMA .....                                                           |  |
| III. MARCO LEGISLATIVO DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO .....                                |  |
| IV. MODELO ECOLÓGICO APLICADO AL CAMPO DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR .....                 |  |
| V.PRINCIPALES CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA .....                           |  |
| VI. EMPODERAMIENTO DE LA MUJER .....                                                               |  |
| VII.CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EMPODERAMIENTO DE LA MISMA..... |  |
| VIII.DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCION GRUPAL .....                                          |  |
| IX. INCIDENCIAS Y OBSERVACIONES .....                                                              |  |

**CAPITULO III****ACERCAMIENTO COMPRENSIVO AL COMPORTAMIENTO VIOLENTO SOBRE VICTIMAS DEL ÁMBITO DOMÉSTICO. EL EQUIPO FORENSE DE VALORACIÓN INTEGRAL**

|                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. INTRODUCCIÓN .....                                                                                      |  |
| II. MARCO LEGISLATIVO .....                                                                                |  |
| III. LA VIOLENCIA COMO NÚCLEO DEL PROBLEMA .....                                                           |  |
| IV. TIPOS DE COMPORTAMIENTO VIOLENTO.....                                                                  |  |
| V. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO Y DE GÉNERO. EL EQUIPO FORENSE..... |  |
| VI. BIBLIOGRAFÍA.....                                                                                      |  |

**CAPÍTULO IV****NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA PREVENCIÓN DE LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA LEGAL HOSPITALARIA**

|                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. INTRODUCCIÓN .....                                                                                      |  |
| II .LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES.....                                        |  |
| III. EL PERSONAL SANITARIO COMO PERITO EN SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL. REPERCUSIONES SOBRE LAS VICTIMAS.....  |  |
| IV. LA REALIDAD EN LA ACTUACIÓN SOBRE VICTIMAS ESPECÍFICAS. PROPUESTAS PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN ..... |  |

**CAPÍTULO V****TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL DEL DAÑO MORAL EN LAS VÍCTIMAS DE ACOSO MORAL**

|                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| I. INTRODUCCIÓN: LA “BORROSA” FIGURA DEL DAÑO MORAL .....                   |  |
| II. CONCEPTO Y ELEMENTOS DE DAÑO MORAL .....                                |  |
| III. EL DAÑO MORAL COMO ELEMENTO INTRÍNSECAMENTE UNIDO AL ACOSO MORAL ..... |  |
| IV. LA PRUEBA DEL DAÑO MORAL .....                                          |  |
| V. LA DIFÍCIL VALORACIÓN DEL DAÑO MORAL: EL QUANTUM INDEMNIZATORIO.....     |  |
| VI. CONCLUSIONES .....                                                      |  |
| VII. BIBLIOGRAFÍA.....                                                      |  |

**CAPITULO VI****LA MUJER VICTIMA DE TRATA DE PERSONAS**

|                                                    |  |
|----------------------------------------------------|--|
| I.PRESENTACION .....                               |  |
| II.EDAD .....                                      |  |
| III.ORIGEN.....                                    |  |
| IV.LA EXPLOTACION: PERSPECTIVA VICTIMOLOGICA ..... |  |
| V.EL PERFIL DE LAS VICTIMAS.....                   |  |
| VI.BIBLIOGRAFIA.....                               |  |

**CAPITULO VII****PROTOCOLO DE ACTUACION FORENSE EN DESAPARECIDOS Y EN GRANDES CATASTROFES**

|                        |  |
|------------------------|--|
| I. NTRODUCCIÓN .....   |  |
| II. PROTOCOLOS.....    |  |
| III. ANEXOS .....      |  |
| IV. BIBLIOGRAFÍA ..... |  |

**CAPITULO VIII****DENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS EN SITUACIONES ESPECIALES: TÉCNICAS ESPECIALES DE IDENTIFICACIÓN EN VÍCTIMAS DE DESASTRES Y GRANDES CATASTROFES**

|                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. INTRODUCCIÓN .....                                                                              |  |
| II. CARACTERÍSTICAS DE LAS CATASTROFES.....                                                        |  |
| III. PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES EN GRANDES CATASTROFES .....                                         |  |
| IV. TÉCNICAS DE IDENTIFICACIÓN.....                                                                |  |
| V. ESTUDIO DE ADN .....                                                                            |  |
| VI. VENTAJAS Y APLICACIONES DEL USO DE LA PRUEBA DE ADN EN MEDICINA FORENSE.....                   |  |
| VII. EL ANÁLISIS GENÉTICO .....                                                                    |  |
| VIII. OTRAS TÉCNICAS .....                                                                         |  |
| IX. LA LECTURA QUEILOSCÓPICA COMO OTRO MEDIO DE IDENTIFICACIÓN ... FORENSE PARA EL SIGLO XXI ..... |  |
| X. BIBLIOGRAFÍA .....                                                                              |  |

**CAPÍTULO IX****IDENTIFICACIÓN LOFOSCOPICA EN GRANDES CATÁSTROFES Y SU REPERCUSIÓN EN LAS VICTIMAS**

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| I.INTRODUCCION .....                            |  |
| II.TIPOS DE ACCIDENTES .....                    |  |
| III.MÉTODOS LOFOSCÓPICOS E IDENTIFICACIÓN ..... |  |
| IV.LEGISLACION.....                             |  |
| V.LAS “OTRAS VICTIMAS” .....                    |  |
| VI.BIBLIOGRAFIA.....                            |  |

**CAPÍTULO X****EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO**

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| I.INTRODUCCION .....                                        |  |
| II.REACCIONES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....                 |  |
| III.FACTORES FACILITADORES Y DE PROTECCIÓN EN EL TEPT ..... |  |
| IV.INTERVENCION TERAPEUTICA .....                           |  |
| V.CONCLUSIÓN .....                                          |  |
| VI.BIBLIOGRAFÍA.....                                        |  |

**CAPITULO XI****TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: META-ANÁLISIS DE SU EFICACIA DIFERENCIAL**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| I.INTRODUCCION .....              |  |
| II.METODO.....                    |  |
| III.DISCUSION Y CONCLUSIONES..... |  |
| IV.BIBLIOGRAFIA .....             |  |

**CAPÍTULO XII****LESIONES MÁS IMPORTANTES QUE TIENEN LOS NIÑOS MALTRATADOS Y SUS CAUSAS**

|                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I.INTRODUCCION .....                                                                                   |  |
| II.TIPO DE LESIONES MAS IMPORTANTES QUE PUEDEN APARECER EN EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SNM) ..... |  |
| III.HALLAZGOS RADIOGRAFICOS.....                                                                       |  |
| IV.SINDROME DEL NIÑO ZARANDEADO y SINDROME DE MUNCHAUSEN.....                                          |  |
| V.SOSPECHA DE MALTRATO .....                                                                           |  |
| VI.BIBLIOGRAFIA.....                                                                                   |  |

**CAPÍTULO XIII****LOS FACTORES DE RIESGO DEL MENOR INFRACTOR**

|                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. CONSIDERACIONES PREVIAS .....                                                         |  |
| II. DEFINICIONES Y CONCEPTOS TEÓRICOS.....                                               |  |
| III. DERECHO DE MENORES Y APLICACIÓN-EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES .....               |  |
| IV. TIPOS DE CONDUCTAS DELICTIVAS ENTRE LOS JOVENES .....                                |  |
| V.FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA DELICTIVA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....            |  |
| VI.FACTORES BIOLOGICOS. HERENCIA GENETICA.....                                           |  |
| VII.FACTORES PSICOLOGICOS .....                                                          |  |
| VIII.FACTORES SOCIOEDUCATIVOS .....                                                      |  |
| IX.SUSTANCIAS TOXICAS: CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.....                                  |  |
| X.FACTORES SOCIOAMBIENTALES.....                                                         |  |
| XI.CRIMINALIDAD ENTRE LOS INMIGRANTES EXTRANJEROS .....                                  |  |
| XII.OTROS FACTORES A DESTACAR: GRUPOS DE IGUALES, DESEMPLEO, MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... |  |
| XIII.CONCLUSIONES .....                                                                  |  |
| XIV.BIBLIOGRAFIA .....                                                                   |  |

**CAPITULO XIV****LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL AL MENOR MALTRATADO EN LA REGIÓN DE MURCIA**

|                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I.INTRODUCCION .....                                                                                                       |  |
| II.PERSPECTIVA HISTORICA EN LA ATENCION A LA INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL .....                                           |  |
| III.NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL MODELO DE INTERVENCION CON MENORES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCION RESIDENCIAL .....     |  |
| IV.MOTIVOS POR LOS QUE UN MENOR PUEDE SER TUTELADO POR LA ENTIDAD PUBLICA.....                                             |  |
| V.EL MALTRATO INFANTIL. SU INCIDENCIA EN LA REGION DE MURCIA .....                                                         |  |
| VI.ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION GENERAL DE FAMILIA Y MENOR.....                                                     |  |
| VII.PRINCIPALES PROGRAMAS DE ACTUACION CON MENORES QUE SON VICTIMAS DEL ALGUN TIPO DE MALTRATO EN LA REGION DE MURCIA..... |  |

## FILOSOFÍA VICTIMOLÓGICA

*Wael Hikal<sup>1\*</sup>*

### 1. EL PROCESO DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS GENERALES Y DEL DELITO

En todos los textos clásicos de Criminología se señala que la mayor parte de las veces que se atiende a una pareja criminal en específico, el que interesa más es el delincuente (o victimario), algunos exponen muy generalmente sin mayor profundidad acerca de la atracción hacia el victimario por el poder que representa, poder que le inhibe de las reglas sociales, que contradice el trabajo de la sociedad, que sería el progreso; otros, exponen el sentimiento de culpa proyectado; es decir, al conocer al delincuente se descansa que no es uno el que ha causado daño, o que la atención se enfoca a éste.

Sin embargo, el estudio científico de la víctima es aun más joven que el estudio científico del criminal, si bien, del criminal ha habido durante siglos múltiples explicaciones, a través de la Demonología, la Psiquiatría, Psicología, entre otros, la víctima escasamente surge en su descripción, o bien, se especifica a manera de la justicia restaurativa antigua.

Con el paso de los siglos, nace por César Lombroso, Enrico Ferri y Rafael Garófalo, la Criminología, que se encargará de estudiar el fenómeno criminal en todos sus aspectos: crimen (hecho), criminal (individuo) y criminalidad (generalidad), pero el centro de atención fue el jurídicamente llamado sujeto activo del delito, quedando fuera o apenas acariciada por la Criminología la Victimología o la atención y estudio de la víctima.

Al tiempo, el paradigma de la explicación criminal, pasa a la víctima; es decir, la atención comienza ahora a surgir en el estudio de la víctima, su atención, sus características, tipos, participación o involucramiento en el delito, etc., análisis hecho comúnmente dentro del estudio criminológico, error aparentemente grave si se separan sus partes; por un lado, aun no se ha podido explicar la conducta criminal y mucho menos rehabilitar al delincuente,

---

<sup>1</sup> \* Maestría en Trabajo Social (Becario CONACYT). Licenciado en Criminología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro de la Sociedad Americana de Criminología. Presidente de la Sociedad Mexicana de Criminología Capítulo Nuevo León. Director de la revista *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada*. Autor de "Introducción al estudio de la Criminología y a su Metodología", "Criminología Psicoanalítica, Conductual y del Desarrollo" y "Esquizofrenia, la enfermedad del inconsciente".

cuando la atención se ha tornado a los objetivos anteriores señalados para la víctima.

¿Se estará en posibilidad científica, académica, de infraestructura, gubernamental y demás necesario para atender y estudiar a una víctima?

Otro planteamiento que queda pendiente desde el enfoque científico-académico es acerca de si existe una Victimología General y otra Victimología Criminológica, de ello, ha de derivarse, quiénes son los victimólogos de Licenciatura, Maestría o Doctorado generales y otros específicos, qué países llevan liderazgo en el tema ó si ha de atribuirse la labor al psicólogo, jurista, sociólogo o criminólogo.

## 2. AUTONOMÍA E IDENTIFICACIÓN DE LA VICTIMOLOGÍA GENERAL Y CRIMINOLÓGICA

Carlos Elbert en su obra *“Criminología Latinoamericana”*, apunta que todos los saberes buscan incansablemente su imperialismo científico. Una vez que estos saberes que buscan autonomía científica logran cierto estatus dentro de la Filosofía, surgen los quéhaceres epistemológicos que cuestionan sin cesar el origen del conocimiento y junto con ello, una serie de metodólogos, filósofos y otros científicos comienzan a un riguroso análisis que en ocasiones se torna incansablemente riguroso.

Se está de acuerdo tras el análisis que, la Victimología se encarga del estudio de las víctimas, en sus causas y remedios, pero! En nuestro sentido limitado de la Criminología se ha adoptado el término para especificar que la Victimología es el estudio de las víctimas del delito, por lo que se ha pasado por alto que seguramente la anterior sea una Victimología Criminal (como se les ha llamado a todas aquellas áreas de una ciencia que ocupan un espacio de su constelación al estudio de la criminalidad) o como actualmente se le denomina al término “Criminal” como “Criminológico”, o como señalaría Roberto Reynoso Dávila<sup>2</sup> “ciencias criminológicas” comúnmente o tradicionalmente llamadas ciencias penales, o en otros casos, Victimología Forense, término no muy común entre los criminólogos y victimólogos mexicanos.

Para efectos de este trabajo, se empleará el concepto que se considera más acertado; es decir, el de Victimología Criminológica.

A fin de obtener un concepto de víctima, en específico a la de delitos, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder:

Se entenderá por “víctimas”, las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Podrá considerarse “víctima” a una persona, con arreglo a la presente Declaración, independientemente de que se identifique, aprehenda, enjuicie o condene al perpetrador e independientemente de la relación familiar entre el perpetrador y la víctima. En la expresión “víctima” se incluye además, en su caso, a los familiares o personas a cargo que tengan una relación inmediata con la víctima y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización<sup>3</sup>.

Para los efectos criminológicos, debe entenderse como delito o acto antisocial, aquél que está establecido en los Códigos Penales de cada país y en aquellos documentos utilizados como instrumentos internacionales aceptados por cada Estado Parte.

## 3. UN AMPLIO CATALOGO DE VÍCTIMAS

Con toda seguridad, al igual que lo que ha ocurrido con otras disciplinas y/o ciencias, los objetivos iniciales sobrepasan los alcances prácticos, la doctrina, al igual que las legislaciones, quedan alejadas de las realidades. De ello, si se considera que la Victimología General ha de llevar a cabo el proceso completo de identificación, estudio, tratamiento, clasificación y rehabilitación de una víctima para todos, entonces ha de tener un enorme campo visual de sus víctimas, en específico, víctimas de desastres naturales, de tormentas,

<sup>2</sup> Cfr. Reynoso Davila, Roberto, *Nociones de Criminología e Historia del Derecho Penal*, 3ª ed., Cárdenas Editor y Distribuidor, México, 2004.

<sup>3</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal*, Viena-Nueva York, 2007, p. 313.

terremotos, explosiones de volcanes, maremotos, sequías, vientos fuertes, de contaminación, enfermedades ocasionadas por las condiciones ambientales, víctimas de enfermedades (además del médico y el enfermero ¿quién más debe tener preparación con las víctimas terminales y sus familiares? ¿El tanatólogo, el criminólogo ó victimólogo general?), importante también conocer a las víctimas de los Gobiernos, cuando el abuso de poder ocasiona desastre social, en referente al no cumplimiento por parte de éste de los Derechos Fundamentales, deben ser consideradas víctimas, aquellos que carecen de vivienda, educación, servicios de salud, de alimento, si se aborda el fenómeno criminal en su análisis causal y se trabaja en una Victimología Etiológica-Multifactorial en la que se buscan las causas de su victimización, por una lado, se tiene al Gobierno que inhibe o dificulta el acceso a los bienes básicos de desarrollo, y a su vez se estudia que hay posibilidades de que el pobre, el que no tiene posibilidades de crecimiento social, puede llegar a delinquir, entonces son víctimas futuros delincuentes y viceversa; también, habrá que considerar las víctimas de los abusos de policías, militares, servidores públicos de alto nivel. Además de éstas, hay que observar a las víctimas de terrorismo, de tráfico de órganos, trata de personas, mutilaciones, de guerras (soldados y ciudadanos), animales, de abuso sexual, de abusos médicos, de profesionistas, entre tantos tipos más, y no solo limitarse a aquella primera clasificación mendelsoniana.

Sin que el listado anterior sea esa totalidad de víctimas, se debe tener en cuenta que la Victimología y sus ramas (si se llegará a especializar de tal forma) tiene una labor muy compleja por cumplir...

#### 4. EL PARADIGMA DE MODA: ¿LA VICTIMOLOGÍA?

Ahora bien, posterior a lo señalado, se puede tener una idea general de que es de lo que se ocupa la Victimología Criminológica.

En principio que surge un nuevo estudio hay ocasiones en que el mismo es de tanta resonancia en el medio científico que pasa a colocarse de moda (entendiendo el término modo estadísticamente como el dato que más se repite). Hace tiempo la ciencia de moda era la Biología con el darwinismo, tiempo después el Psicoanálisis con el freudismo y todas las ramas que de dicho derivaron, también la Sociología con los estudios previos de la física social y de forma más sistemática con Comte, y no se puede dejar pasar a la Criminología que derivó de la Antropología Criminal lombrosiana y

darwiniana, dichas hoy ciencias (o se les ha acercado a tal nivel). Su evolución da lugar a cambios y a nuevas formas de conocimientos; así, no se puede dejar pasar la estrecha relación que tiene la Victimología con la Criminología y con el Derecho Penal, que para muchos éstas señalan el objeto de estudio de la Victimología, más en específico el Derecho Penal (previo análisis sociológico-jurídico de las conductas más dañinas en una sociedad).

Las anteriores tuvieron su época de reinado durante largo tiempo, mismo nacimiento que dio lugar a dividir las etapas de la humanidad: con el darwinismo se creó el pensamiento de que venimos de una evolución biológica y no religiosa, con el freudismo se dio cuenta de que existe algo que no se puede ver pero que tiene efectos sobre nuestra conducta diaria y con la Sociología se dio lugar a la explicación de los fenómenos a través del análisis de grandes masas, la influencia de unos con otros, etc.

La Criminología no es la excepción, ésta tuvo su tiempo de gloria con las teorías del célebre César Lombroso, reconocido como el Padre de la misma, al publicarse el libro *“El hombre delincuente”* generó una revolución mundial por el saber del delincuente como casi a la par lo haría Freud con la publicación de *“La interpretación de los sueños”*, dando a conocer un lugar de la mente que tiene influencia sobre nuestros pensamientos y comportamientos.

Posteriormente aquellas ideas de identificar al delincuente a través del análisis de su físico fueron siendo desplazadas por la corriente predominante del estudio psicológico de la personalidad, pues no se le podía atribuir a alguien maldad por sus rasgos toscos o de fealdad. No han quedado del todo olvidadas dichas teorías, pues tras la psiquiatrización del sujeto antisocial (o delincuente), las características físicas, sociales y psicológicas que Lombroso, Ferri y Garófalo determinaron persisten en el Manual de conducta de la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>4</sup>.

La Criminología y la Criminalística siempre han guardado estrecha relación con el Derecho Penal, pues las conductas que éste señale son las que serán objeto de estudio de las primeras, y ahora más reciente la Victimología parecerá inseparable del Derecho Penal por el estudio posterior que debe hacer tras el hecho delictuoso.

<sup>4</sup> Cfr. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*, Elsevier Masson, Barcelona, 2002.

En la actualidad se habla por todos los rincones del planeta sobre atender a las víctimas de un delito, se llevan a cabo congresos, seminarios, cátedras, fundaciones, sociedades, centros, institutos y demás envueltos en este aspecto. No falta algún Congreso de Criminología o Psicología en el que se toque le tema de la víctima, y de manera más especializada hay Congresos completos de Victimología. La víctima se ha convertido en el hoy tema de todos.

Por lo anterior, es el paradigma de moda, incluso, de manera gubernamental (o pública) se han creado áreas para atender a las víctimas de un delito teniendo como sustento de dicha actividad las Constituciones Nacionales o los documentos de carácter internacional. Se crean organismos descentralizados de Gobierno que atienden a las víctimas, áreas gubernamentales y organizaciones no gubernamentales enfocados al mismo fin.

A lo dicho, le espera un gran desarrollo teórico y laboral a la Victimología, a esta ciencia del siglo XXI, no hay duda que pronto se comenzaran a reproducir los victimólogos ya sea que un profesionista a fin se prepare académicamente para llevar a cabo la actividad o que en su esfuerzo por lograr autonomía se lleve a cabo la Victimología a nivel Licenciatura.

## 5. EL RETO CIENTÍFICO DE LA VICTIMOLOGÍA

Comencemos por el área académica o científica-filosófica, que es la que dará fortaleza a la Victimología para posteriormente pasar al reto que ésta debe enfrentar ante la indiferencia del Derecho Penal (más específicamente ante la justicia penal).

Es bien conocido en el ámbito de la Criminología, que ésta es frecuentemente disminuida a hipótesis de trabajo porque aquella no tiene objeto de estudio propio sino que es señalado por el Derecho Penal, así mismo, para la Victimología, decía Hans Goppinger que como ésta sería ciencia (proveniente de la Criminología) si es rama de otra que tampoco lo es. Por ello, se desarrolla un conflicto científico referente a la autonomía de la Victimología, se ocupan grandes obras dedicadas a la afirmación y a la negación de ésta con conocimiento metódico científico.

Es bien sabido por metodólogos más flexibles que la misma evolución científica dará lugar a descubrir errores y que la misma hará que se modifiquen

y que haya cambios en los descubrimientos previos al nuevo nacimiento de alguna teoría o ciencia. Rafael Marquez Piñero indica en su libro "*Criminología*"<sup>5</sup> que una ciencia debe tener lo siguiente: objeto de estudio, conjunto de conocimientos, método y resultados, así actualmente no hay duda que la Victimología tiene como objeto (o sujeto) de estudio a la víctima, tiene su conjunto de conocimiento relativos a ésta en sus causas, intervenciones y posibles remedios, los tiene de forma ordenada y sistemática, emplea el método que todas las ciencias emplean, el científico, el método general y de los pasos anteriores llega a conclusiones.

Por otra parte, Orellana Wiarco<sup>6</sup>, señala que hay etapas en la investigación que dan lugar a tomar estudios previamente desarrollados y de este nuevo enfoque dar nuevos resultados.

Por lo anterior, sin seguir un régimen estricto en cuanto a la metodología o filosofía de las ciencias, se asegura que la Victimología es la nueva ciencia que ha tomado fuerza y misma que ha dado lugar a la creación de áreas especializadas en el tema. Así como la enfermedad es un victimario, sus enfermos son las víctimas, y éstas son estudiadas por los médicos junto con su causante (el victimario). Del mismo modo, la Criminología debe aportar datos sobre el delincuente y su abanico de comportamientos, la Criminalística su acto en consecuencia y la Victimología deberá tomar los datos aportados por éstas para hacer una reconstrucción de hechos que ayuden a reconstruir también la fractura ocasionada en la víctima.

## 6. EL RETO ANTE LA JUSTICIA PENAL: LA DESATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

Por otra parte y tal vez la más difícil se tiene el reto que la víctima debe enfrentar ante la indiferencia del sistema de justicia, la teoría victimológica puede ser bien desarrollada, pero la práctica puede ser frustrada, ¿de qué sirve tener una buena teoría si no se tiene un campo de aplicación?

Recientemente se ha visto un incremento en libros, congresos, seminarios, asociaciones, fundaciones, organismos gubernamentales, entre otros que se ocupan de la víctima, es una presión constante para atender a quienes

5 Cfr. MÁRQUEZ PIÑERO, Rafael, *Criminología*, Trillas, México, 1999.

6 Cfr. ORELLANA WIARCO, Octavio A., *Manual de Criminología*, 11ª ed., Porrúa, México, 2007.

padecen por un delito. La Constitución detalla los derechos del inculpado y de las víctimas, cuando hay una violación a los Derechos de los delincuentes organismos nacionales e internacionales actúan para defender su condición, mientras que a la víctima se le atiende poco en restaurar sus Derechos y sus condiciones psicológicas y físicas. Parece que a nadie más le interesa el que ha sufrido, se busca siempre el castigar a quien cometió el delito y se ocupa el tiempo en este proceso.

¿Será acaso que el sistema penal y judicial no pueden con la carga que esto les implica? Apenas se logra capturar a los delincuentes, después, al ser encarcelado no se le puede dar ni un mínimo tratamiento penitenciario y ¿cómo se pretende atender a la víctima?

Seguramente Mendhelson jamás imaginó la revolución que iba a lograr con la sistematización del conocimiento referente a la víctima, pues esto viene a exigir mayor atención a quienes son víctimas. Comúnmente se relaciona el crimen con la condición social y mucho tiene que ver ello, pues cuando alguien de condiciones económicas escasas padece pocos son los interesados en dicho hechos o los interesados son los medios de comunicación que le dan a la víctima la categoría de héroe, mártir, perito, criminólogo y hasta juez! La víctima toma el papel teatral en los periódicos y televisión. Por otro lado, cuando la víctima es de buena condición económica, aprovecha estos medios para pedir justicia, para comunicar que la inseguridad está en su peor momento, que reclaman la atención del más alto ejecutivo de la administración pública para que los atienda.

Para nada se está de acuerdo con la indiferencia a las víctimas, pero tampoco se concuerda con el estatus teatral que los medios de comunicación otorgan a toda aquella situación que da lugar a los más llamativos escándalos.

Se considera que la mejor solución a la atención de quienes padecen por hecho delictuoso sea (de manera descriptiva más no limitativa):

Mejorar el sistema penal con una adecuada readaptación clínica; y  
 Crear una clínica de atención a víctimas del delito y que se dé verdadero cumplimiento a lo establecido constitucionalmente respecto la atención médica y psicológica, además de llevar a cabo todos los medios posibles para restaurar sus bienes perdidos.

## 7. LA AUTONOMÍA CIENTÍFICA

El estudio criminológico, psiquiátrico, psicológico y jurídico de la víctima da lugar al nacimiento de una nueva ciencia capaz de abordar aquellos aspectos: La Victimología Forense o Criminológica. El nombre anterior puede debatirse en cuál será el más apropiado, pero por tradición ambos tiene fuerza y para no entrar en dicho debate se dejaron los adjetivos mostrados.

El nacimiento de ésta surge además por darle estudio al sujeto pasivo del delito, por mucho tiempo el centro de atención había sido y seguirá siendo el criminal (el sujeto activo). En muchas ocasiones se limita el estudio a la víctima de un robo, un homicidio, una violación, etc., pero también, en otros países se lleva a cabo el estudio de las víctimas por terrorismo, en el que la masa dañada pasa a ser de miles. No se le resta importancia a las primeras, pero debido a la evolución que la criminalidad tiene, la Victimología debe seguir el mismo camino para lograr campos inexplorados con tal importancia anteriormente, víctimas de delincuencia organizada, de guerras, seres humanos que muchas veces padecen sin tener relación directa con el victimario.

La Victimología Forense presta un marcado interés a las secuelas psíquicas apreciables en los supervivientes, los trastornos mentales generados o precipitados por situaciones de intenso e inesperado estrés y por la sistematización de un trastorno mental específico en sujetos victimizados. No es fácil la labor que debe desempeñar, se requiere de un trabajo psicológico, mismo que retomando el tema del régimen científico, la Victimología debe lograr un nivel en el que se logre consagrar con la capacidad de diagnosticar y dar tratamiento a la víctima, esperando que no le ocurra lo mismo que la Criminología, que hasta la fecha la labor terapéutica y diagnóstica se le atribuye solo al Psicólogo y al Psiquiatra, a ésta le ha resultado difícil obtener el reconocimiento por parte de una comunidad académica y científica para que se le autorice licencia para ejercer los conocimientos para las labores anteriores, el Criminólogo sabe hacer un diagnóstico pues su estructura académica se basa en corrientes psicológicas, más sin embargo no se le ha permitido hacerlo. La Victimología debe lograr tener la autonomía para hacer una valoración de su paciente y aplicarle un tratamiento reconstructor de su personalidad fragmentada por el hecho criminal.

Posiblemente lo anterior de lugar a una clasificación amplia y detallada sobre las víctimas; es decir, tomando por analogía al Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM ) o al Código Penal y sus leyes especiales. Mucho se lee sobre la tipología, y se sugiere un tratamiento, éste debe lograrse pronto!

## 8. EL ÁREA CLÍNICA VICTIMOLÓGICA

La Victimología ha crecido a las faldas de diversas ciencias: la Psicología, la Criminología y el Derecho Penal. Cada una le ha aportado un conocimiento útil y le ha proporcionado el camino que debe seguir. La Psicología le aporta la parte diagnóstica y terapéutica, la Criminología la etiológica y el Derecho Penal el restaurativo de sus bienes jurídicamente tutelados.

## 9. EL ENFOQUE PSICOLÓGICO

Puede que muchos no estén de acuerdo con darle un carácter psicológico a la Victimología, pero en la búsqueda de la evolución científica y tecnológica, es necesario romper paradigmas limitativos y prohibitivos a ciertas áreas. La Criminología carga y aun cargará por mucho tiempo con su adjetivo de “ciencia interdisciplinaria”, por lo cual no se puede negar que en el trayecto de subida de las ciencias, en muchas ocasiones encuentran similitud en cuanto a cierto estudio con múltiples ciencias, cuando éstas se cruzan dan lugar a nuevos enfoques. Así, la Victimología (al igual que la Criminología) debe tener un enfoque y cualidades psicológicas.

Sus antecedentes lo señalan así, y de ello encontramos que el trastorno mental victimológico por excelencia, es el trastorno por estrés postraumático, éste es reconocido por vez primera en la tercera edición del DSM III-R. Sus antepasados más significativos son la llamada neurosis traumática, neurosis de guerra, reacción intensa de estrés, estrés relacionado con el combate. No hay que olvidar que dentro de las múltiples e infinitas áreas de estudio de la psicología existe una que se llama “Psicología Militar” y “Psicología de los Accidentes”.

El primer estudio que analiza sistemáticamente el patrón de respuesta en víctimas de violación es el que publican en 1970 Sandra Sutherland y Donald Scherl, describiendo tres fases características: 1) reacción aguda; 2) ajuste; y 3) integración-resolución del conflicto.

Pero el estudio con mayor repercusión internacional se debe a Ann Wolbert

Burgess y Lynda Lytle Holmstrom (1974), Rape trauma síndrome. Estudian la respuesta conductual de 92 mujeres adultas atendidas hospitalariamente durante un periodo de un año. Las manifestaciones del síndrome traumático de la violación son sistematizadas en dos fases: 1) fase de desorganización, que incluye reacciones conductuales diversas, reacciones somáticas, reacciones emocionales; y 2) fase de reorganización (a largo plazo), que incluye actividad motora, miedos y trastornos del sueño.

Los traumas mentales que sufre la víctima son muy variados y éstos son reactivados constantemente debido al sentimiento de coraje e impotencia animada por la rabia expresada y la vergüenza, además es responsable de muchos cambios caracterológicos y en el estilo de vida. La pérdida de la autonomía personal por el control del asaltante activa afectos primitivos que arrollan al ego. La persona despersonalizada primero queda reconstruida después, cambia y esos cambios persistirán durante toda la vida.

## 10. EL ENFOQUE CRIMINOLÓGICO

La tradición clínica de la Criminología naciente en Italia por sus precursores, le dio un enfoque etiológico de las causas de la criminalidad, la Victimología por su parte tiene esa tendencia etiológica para conocer las causas de su victimización, por ello, ésta ciencia no se puede ver librada de su hermana superior, la Criminología.

En el estudio de la víctima se deben observar los motivos causantes de su actual estado, ello para poder reconstruir esas partes que fueron fragmentadas. Así viene el actuar de la Criminología Clínica o más bien de la Psicología y la Medicina.

No se está en desacuerdo en este enfoque; de hecho, deberá ser necesario para conocer más sobre el delincuente en los casos de cercanía con éste por parte de la víctima y para la terapéutica.

## 11. EL ENFOQUE PENAL

El problema de la compensación a las víctimas del delito es tan antiguo como la propia historia de los seres humanos. Ya el código de Hammurabi recoge el “Talión”, pena que consiste en hacer sufrir al delincuente un daño igual al que causó. El principio del Talión era fundamental en el Derecho Mesopotámico pero también fue aceptado por la Ley Hebraica, el Código

de Manú en La India, en Atenas y Roma, en la Ley de las XII Tablas puede leerse: “si rompe su miembro y no hace la paz con éste, sea talión”.

Se ha opinado incansablemente que la víctima siempre queda olvidada, que no se le atiende, entre otros argumentos, pero volviendo a los antecedentes históricos, las víctimas tuvieron su “época dorada” en aquellos años en los que la venganza era bien difundida entre las culturas, de ello se hizo una clasificación de los tipos de venganzas (o formas de cobrarse el daño) en privada, divina, pública, entre otras.

Hoy en día, se habla de la justicia restaurativa, del Derecho de las víctimas, de la Constitución, de los Derechos Humanos, de Tratados Internacionales y más documentos que de cierta forma teórica respetan los Derechos de éstas; sin embargo, en la práctica el hecho es distinto, así como no se ha logrado hacer una readaptación social del delincuente ni una disminución de la criminalidad, tampoco se ha logrado proteger del todo a las víctimas, por el contrario, la criminalidad ha ido en aumento y con ella la victimización...

Muchas sugerencias se han hecho, de ello, se ha hablado de un seguro de las víctimas, en las que el Estado se haga responsable de reponer los objetos perdidos y tutelados jurídicamente, así como cualquier otro daño físico o mental.

En el Primer Simposio de Victimología celebrado en Jerusalén en 1973 se concluyó que todas las Naciones deberían como cuestión de urgencia, considerar la implantación de sistemas estatales de compensación a las víctimas del delito así como tratar de alcanzar el máximo de eficacia en la aplicación de los sistemas existentes y los que deberían ser establecidos. Deben emplearse todos los medios al alcance para difundir información sobre los modelos de compensación; y debe estimularse la participación de organismos apropiados (gubernamentales o no) en su instauración. Todos los modelos existentes de compensación deben ser investigados y valorados con miras a extender su aplicación, teniendo en cuenta los requerimientos respectivos de las diversas comunidades en las cuales operan.

En justicia victimal hay bastante material, pero falta mucho por restaurar la integridad de quienes padecen por lo delitos, seguramente se nota que cuando una persona comete un delito, deja muchas víctimas, su familia propia, el sufrimiento de sus posibles padres, hijos y esposa (si los tuviere) y los familiares a quien victimizó junto con la víctima directa.

## 12. FORMAS DE ATENDER A LA VÍCTIMA: CLÍNICA VICTIMOLÓGICA

Puede que esta labor no le corresponda propiamente al criminólogo, pero si puede ayudar en la aportación de datos referentes al victimario; por ejemplo, y tal vez el principal dato: su relación.

## 13. RELACIÓN VÍCTIMA-VICTIMARIO

Existen muchas víctimas que guardan relación con el victimario, puede ser el caso limitado a los delitos cometidos en el hogar, en donde comúnmente el esposo o conyugue maltrata a su pareja e hijos. En otros tipos de delitos, por ejemplo, terrorismo, será difícil determinar la vinculación con la víctima, pues muchas veces sufren personas ajenas al delito, contrario a esto, en los casos de venganza, es sobrado el aspecto relativo a la relación, pues se mantiene la relación ya sea con el crimen organizado, con la policía, con el mandatario, con el Presidente, con el encargado de cierta área. Otros tipos de delitos son aquellos en los que la víctima es ajena al victimario, suele suceder que éste previamente analizó a su víctima o viceversa, pero no hay una relación directa.

Lo importante es conocer la relación a manera de una futura prevención, conociendo las formas del delincuente, su modo de operar y su catálogo de víctimas se podrá lograr reducir el índice. Al hacer referencia al catálogo de víctimas se significa que ha cada tipo de delito o de delincuente especializado le deriva un tipo de víctima. Posiblemente y sin negar posibilidad al error, el violador mantiene cercanía con la víctima, sin dudar que exista quienes sin conocerla tomen la iniciativa. Al narcotraficante le corresponden las víctimas fuertes, los policías, los mandatarios administrativos de la función pública y también los débiles como los distribuidores menores. Habiendo diversas formas de robo, cada especialista tendrá su víctima, el que robe joyerías o el carterista, o el de casas, entre otros. Y así a cada delincuente le viene su víctima.

De dicha relación se puede construir planes preventivos, difícilmente se logrará a quienes ya sufrieron un hecho, pero las experiencias pueden servir para hechos futuros y de otras personas. El estudio victimológico forense arrojará muchos resultados de ambas personalidades, siendo la Criminología la que aporte aquellos datos sobre el delincuente y la Victimología complementa su análisis con cada caso particular.

## 14. RESTAURACIÓN EN SUS BIENES

Sin ánimo de ser pesimista, lograr la restauración será tarea complicada, de ello depende la investigación del crimen, situación que se dificulta por la diversidad de culturas, la magnitud de los delincuentes en sus crímenes, la variedad de tácticas que utilizan, la ciudad tan grande, rincones donde esconderse, el horario, las condiciones de luz, el ambiente. Si no se puede capturar al delincuente difícilmente habrá restauración del daño, incluso cuando ha sido capturado también resulta complicado obtener de vuelta los bienes perdidos.

No se le puede cargar la responsabilidad a la administración pública en función, pues pasaría a convertirse en abuso e incluso a fingir algún delito en el afán de gente trastornada para obtener algún beneficio.

Lo sugerido de manera limitada es llevar a cabo una investigación adecuada y pronta para la recuperación inmediata de los bienes perdidos; por otro lado, hay claro conocimiento que en muchos delitos no existe quien reclame el objeto, por lo que puede servir de apoyo y de seguro para quienes padezcan ciertos delitos y lograr una restauración.

## 15. RESTAURACIÓN PSICOLÓGICA Y FÍSICA

No cabe la duda que cuando la mente padece el cuerpo sufre, por lo que en ocasiones la causa del delito no pase de un susto o de un mal momento, pero hay en otras ocasiones en las que quedan secuelas y daños permanentes, y no refiriéndonos a la pérdida de bienes sino a la pérdida de la salud mental y física; por ejemplo, las víctimas de terrorismo, niños que quedan sin brazos, piernas o padres, padres que quedan sin hijos o quedan con graves daños.

Cuando existe el enfrentamiento entre narcotraficantes, quedan secuelas físicas a los participantes y a los presenciadores. En otros casos, quien ha sido violado, mutilado, golpeado, entre otros, queda un rasgo de la personalidad que se fragmenta, su vida no será igual después del delito, pasará a ser una víctima eterna.

Junto con lo anterior, no solo la víctima sino sus familiares se incluyen en las víctimas secundarias que padecen por el hecho del crimen.

La solución breve ante un hecho tal, podrá comenzar por llevar a cabo lo que nos señala nuestra Constitución y los Tratados Internacionales o las herramientas de aplicación mundial, que se deberá atender física y mentalmente a la víctima de un delito hasta quedar en estabilidad. La criminalidad es la forma de desorganización estatal y de las políticas preventivas, por lo que a éste le corresponde restaurar dichos daños referentes a la salud hasta que logre llevar o por lo menos alcanzar una vida estable o igual a la que llevaba previo al hecho delictuoso.

## 16. CONCLUSIÓN

La Victimología Criminológica tiene futuro como ciencia autónoma, libre de ataduras metodológicas y piramidales científicas, está en posibilidad de realizar estudios propios con objeto de estudio, método científico y resultados cuantitativos y cualitativos. Ciencia joven de qué hacer difícil y exigente, que por el momento está logrando el imperialismo que toda ciencia busca, deberá tener la capacidad de cumplir con los restos que la comunidad científica le imponga y más que científica, lo que la sociedad le requiera.

Un adecuado estudio de la víctima permitirá dar creación a políticas preventivas más integrales y de diversos enfoques, el psicológico, el criminalístico, el penal, el médico, el social, se cree en la interdisciplina y en la autonomía científica, así como en la capacidad de la administración pública e internacional para desarrollar estándares académicos y políticos que permitan a las víctimas del delito un trato adecuado y una restauración de sus bienes materiales, físicos y mentales.

## 17. BIBLIOGRAFÍA

**Reynoso Davila, Roberto**, *Nociones de Criminología e Historia del Derecho Penal*, 3ª ed., Cárdenas Editor y Distribuidor, México, 2004.

**Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito**, *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal*, Viena-Nueva York, 2007.

**Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales**. *Texto revisado (DSM-IV-TR)*, Elsevier Masson, Barcelona, 2002.

**MÁRQUEZ PIÑERO, Rafael**, *Criminología*, Trillas, México, 1999.

**ORELLANA WIARCO, Octavio A.**, *Manual de Criminología*, 11ª ed., Porrúa, México, 2007.

## VICTIMOLOGIA FORENSE E INTERVENCION GRUPAL PARA EL EMPODERAMIENTO EN VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

*María de los Angeles Miñarro Garrido<sup>1</sup>, Juana Teresa Jiménez<sup>2</sup> y Emilio José García Mercader<sup>3</sup>*

### INTRODUCCION

La Victimología se debe, según Ramirez (1983)<sup>4</sup>, a F. Werthman, psiquiatra norteamericano, la utilización por primera vez del término “victimología” en su texto: “the show of violence”, publicado en 1949. Para otros victimólogos, en cambio, se ha considerado la figura de Benjamin Mendelsohn como el referente inequívoco de la victimología y su génesis principal, con ocasión de la publicación de su artículo en la “Revue Internationale de criminologie et de police technique”, denominado “victimología”, en donde indica y señala la necesidad de incluir y estudiar a la víctima como nuevo campo del conocimiento. De igual manera Wolfgang, en el año 1958, acuña el concepto de precipitación de la víctima en su texto “Patterns in criminal homicide”.

La víctima ha sido - como todos los autores lo indican – la gran olvidada<sup>5</sup> por el sistema jurídico – penal así como por la criminología en general, más interesados por el hecho delictivo y la justa retribución al responsable del mismo, o sea, del victimario.

La lista de eruditos investigadores de la ciencia victimológica sería imposible de citar en el presente artículo; tan solo citaré a algunos de ellos como auténticos referentes: García-Pablos, Manzanero, Landrove Díaz,

---

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología. Psicóloga de la Oficina de Atención a las Víctimas del delito en Cartagena (Ministerio de Justicia) y Directora de Atención a las Víctimas de la Fundación de Victimología.

<sup>2</sup> Trabajadora Social

<sup>3</sup> Presidente de la Fundación de Victimología

<sup>4</sup> Ramirez, R. (1983). La Victimología. Bogotá, Temis. P.4.

<sup>5</sup> Susana Laguna Hermida. Manual de Victimología. Edita Universidad de Salamanca.(2006) Pág. 63. Indica lo siguiente: No es hasta fechas bien recientes cuando este restringido enfoque da un giro y se asume, de acuerdo con la definición de la OMS (1947), que “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”, y así se llega a reflejar en nuestro ordenamiento jurídico. Un buen ejemplo de ello lo encontramos en la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal o la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, que también modifica el Código Penal de 1995, esta vez en materia de protección a las víctimas de malos tratos llegando a incluir la violencia psíquica habitual como delito en su artículo 153. Por último no podemos dejar de referirnos a la Ley 35/1995 de 11 de diciembre de Ayuda y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y Contra la Libertad Sexual, que claramente pone de manifiesto la importancia de la discapacidad psíquica. De este modo, actualmente, cualquier persona víctima de un hecho delictivo que alegue encontrarse afectada psicológicamente, será examinada por psicólogos y/o psiquiatras forenses que determinarán la naturaleza y alcance de su sufrimiento emocional a consecuencia del hecho, estableciendo su estado de salud mental pre-mórbido, y, por tanto, la relación de causalidad entre el hecho

victimizante y la psicopatología emergente (Esbec, 2000).

McDonald, Hassemer, Von Henting, Mendelsohn, Ellenberger y Wolfgang, Sangrador, Neuman, Beristain, María de la Luz Lima, Luis Rodríguez Manzanera, Giménez Salinas, Zaffaroni, Hilda Marchiori, Rivacoba, Sainz Cantero, Haiser, Schneider, etc.

Sin embargo, es en el Primer Simposio de Victimología (Jerusalén, 1973) en donde se realizaron las siguientes conclusiones: 1- Todas las Naciones deberían como cuestión de urgencia, considerar la implantación de sistemas estatales de compensación a las víctimas del delito así como tratar de alcanzar el máximo de eficacia en la aplicación de los sistemas existentes y los que deberían ser establecidos. 2- Deben emplearse todos los medios al alcance para difundir información sobre los modelos de compensación; y debe estimularse la participación de organismos apropiados -gubernamentales o no- en su instauración. 3- Todos los modelos existentes de compensación deben ser investigados y valorados con miras a extender su aplicación, teniendo en cuenta los requerimientos respectivos de las diversas comunidades en las cuales operan. Igualmente se llegó a la conclusión de que la “victimología” se denominaría de forma genérica “al estudio científico de las víctimas”.

¿Pero a quien denominaríamos que es una “víctima”?:

Se entenderá por “víctimas<sup>6</sup>” las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Podrá considerarse “víctima” a una persona, con arreglo a la presente Declaración, independientemente de que se identifique, aprehenda, enjuicie o condene al perpetrador e independientemente de la relación familiar entre el perpetrador y la víctima. En la expresión “víctima” se incluye además, en su caso, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

6 Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985

Las disposiciones de la presente Declaración serán aplicables a todas las personas sin distinción alguna, ya sea de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra índole, creencias o prácticas culturales, situación económica, nacimiento o situación familiar, origen étnico o social, o impedimento físico.

## REDESCUBRIMIENTO DE LA VÍCTIMA

Después de un olvido criminológico, antropológico, jurídico, psicológico y asistencial de las víctimas, asistimos expectantes ante lo que se denomina el redescubrimiento de la víctima. El redescubrimiento de la víctima nace después de un lapsus vivencial histórico, o etapa negra, en donde la víctima era invisible. Invisible porque era negada humanamente en los ambientes dogmáticos y heterodoxos en donde estaba vinculada; invisible porque la victimización secundaria y terciaria la despojaban de su dignidad intrínseca como ser humano; e invisible porque era deslegitimada en beneficio del victimario.

Sin embargo, ante el redescubrimiento de la víctima, determinadas ciencias paralelas se han puesto al servicio de la ciencia victimológica con la intención de ayudar psicológicamente, social y jurídicamente a las personas victimizadas.

## MARCO LEGISLATIVO DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

De acuerdo con Naciones Unidas, en la lucha hacia la erradicación del problema es absolutamente necesario partir de la base de que la violencia contra las mujeres es una violación de los Derechos Humanos. Como tal, sus diversas manifestaciones (violencia física, psicológica o sexual en el ámbito familiar, a nivel de la comunidad o la perpetrada o tolerada por el Estado) constituyen un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, a la dignidad y a la integridad física y psíquica de todo ser humano, tal y como se recoge en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y supone, por tanto, un obstáculo para el desarrollo de cualquier sociedad. La Constitución Española de 1978 recoge, en su artículo 15, el derecho de todas las personas a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidas a torturas ni a penas ni tratos degradantes. La ONU, en la IV Conferencia Mundial de 1995 declaró que la violencia contra las

mujeres o violencia de género constituye un serio obstáculo para alcanzar los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, y viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales.

La Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004, considera que ésta “se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad.

Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”

#### **4. MODELO ECOLÓGICO APLICADO AL CAMPO DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR.**

##### **- MACROSISTEMA**

- Creencias y valores de la cultura patriarcal acerca de los roles de género.
- Concepción acerca del poder y la obediencia.
- Concepto de roles familiares, derechos y responsabilidades.
- Actitudes hacia el uso de la fuerza para la resolución de conflictos.

##### **- EXOSISTEMA**

- Legitimación institucional de la violencia.
- Modelos violentos (medios de comunicación).
- Victimización secundaria.
- Carencia de legislación adecuada.
- Impunidad de los agresores.
- Escasez de apoyo institucional para las víctimas

##### **- MICROSISTEMA**

- Autoritarismo en las relaciones familiares.
- Estrés económico.
- Aprendizaje de resolución violenta de conflictos.
- Aislamiento social.

Factores de riesgo individual

Historia personal (violencia en familia de origen).

- Personalidad autoritaria.
- Baja autoestima.
- Alcoholismo.

#### **5. PRINCIPALES<sup>7</sup> CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

- Sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima.
- Depresión y ansiedad
- Trastorno de estrés postraumático
- Fobias y sentimientos de pánico
- Trastornos psicosomáticos
- Trastornos alimentarios y del sueño
- Abuso de alcohol y drogas
- Ideación o intentos de suicidio.

#### **6. EMPODERAMIENTO DE LA MUJER**

Frecuentemente se utiliza el concepto de empoderamiento específicamente en referencia a la mujer. Los programas de empoderamiento se orientan frecuentemente a permitir el acceso de las mujeres a los recursos y a la toma de decisiones, tanto individuales como colectivas y conseguir que ellas se perciban a sí mismas capaces y legítimas para ocupar un espacio en la toma de decisiones. El empoderamiento se incentiva cuando se fomentan la autoconfianza, seguridad en sí misma y asertividad; el poder para tener autoridad para tomar decisiones, realizar cambios y resolver problemas, y la capacidad de organizarse con otras personas para alcanzar una meta común.

La IV Conferencia de la Mujer, celebrada en Pekín, por primera vez consolida la idea de la potenciación de las mujeres en la sociedad, la idea del empoderamiento, de la necesidad de que las mujeres contribuyan en plenitud de condiciones y de capacitación para la construcción de la sociedad. El empoderamiento, esa potenciación del papel de la mujer, pasa desde luego por tres elementos clave que fueron desarrollados en Pekín y totalmente aceptados como ejes fundamentales del avance de las mujeres en la sociedad: los derechos humanos, la salud sexual y re-productiva y la educación. A partir de ahí se trata de potenciar la participación de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres en la vida económica y política y en la toma de decisiones a todos los niveles.

El empoderamiento de la mujer viene a satisfacer los siguientes valores:

<sup>7</sup> (O.M.S., 2002)

Tener poder de decisión propio  
 Tener acceso a la información y los recursos para tomar una decisión apropiada  
 Tener una gama de opciones en donde escoger  
 Habilidades para ejercer asertividad en toma de decisiones colectivas  
 Tener un pensamiento positivo y la habilidad para hacer cambios  
 Habilidad para aprender y para mejorar su propio poder personal o de grupo  
 Habilidad para cambiar las percepciones por medios democráticos  
 Mejorar la auto imagen y superar la estigmatización  
 Involucrarse en un proceso auto iniciado de crecimiento y cambios continuo sin parar

## 7. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EMPODERAMIENTO DE LA MISMA.

Como consecuencia de las graves secuelas psico - traumáticas de mujeres maltratadas víctimas de la violencia de género, se propone realizar y desarrollar una estrategia de intervención grupal con dos grupos de mujeres victimizadas. Se trata de un Programa de Intervención Grupal<sup>8</sup> para mujeres víctimas de la violencia de género en el ámbito de la pareja y dirigido al desarrollo de las potencialidades de la mujer, ayudándole a recuperar el control de su vida, aumentar su seguridad y reducir el impacto psicológico del maltrato sufrido.

El Programa va dirigido a:

- Mujeres víctimas de violencia de género, que sufran o hayan sufrido situaciones de maltrato físico y/o psicológico por parte de su pareja. Perfiles específicos a los que se dirigiría el servicio especializado
- Mujeres derivadas de recursos como: Centros de Atención Primaria, Oficinas de Atención a la Víctima, etc., que puedan beneficiarse de una intervención psicológica grupal para la mejora de sus recursos personales y la reducción del impacto psicológico derivado del maltrato.
- Mujeres procedentes de centros de acogida. Es decir, mujeres que a la salida de un recurso residencial temporal (centro acogida, vivienda tutelada....) precisandeseguimientoycontinuidadenlaintervenciónpsicológicarealizada.

Perfil de las mujeres a las que se dirige el proyecto:

El servicio a ofrecer está pensado para mujeres víctimas de violencia de género, que sufran o hayan sufrido situaciones de maltrato físico o psicológico por parte de su pareja, y que puedan englobarse en alguna de las dos categorías siguientes:

- Grupos tipo 1: Grupos de mujeres procedentes de centros de acogida. Es decir, mujeres que a la salida de un recurso residencial temporal (centro acogida, vivienda tutelada....) precisan de seguimiento y continuidad en la intervención psicológica realizada.
- Grupos tipo 2: Grupos de mujeres derivadas de recursos como: Centros de Atención Primaria, Oficinas de Atención a la Víctima, etc., que puedan beneficiarse de una intervención psicológica grupal para la mejora de sus recursos personales y la reducción del impacto psicológico derivado del maltrato.

Objetivos del programa:

Los beneficios perseguidos por el programa poseen una orientación integradora, dirigiéndose tanto a la reducción del impacto psicológico derivado del maltrato sufrido como a la potenciación de aquellos recursos psicológicos y personales claves que faciliten a las mujeres el proceso de reestructuración de una vida autónoma y libre de violencia. Para ello, los objetivos planteados en el programa son los siguientes:

- Aumentar la seguridad de la mujer el conocimiento de las estrategias de prevención
- Reducir la sintomatología y el impacto psicológico del maltrato
- Aumentar la autoestima y seguridad en si mismas
- Adquirir estilos de afrontamiento resolución de problemas y toma de decisiones.
- Fomentar estilos de comunicación y habilidades sociales adecuadas.
- Modificar las creencias erróneas y roles sexistas evitando futuras relaciones de abuso.

## 8. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCION GRUPAL

Se desarrollaron dos grupos terapéuticos. Los resultados son los siguientes<sup>9</sup>:

PRIMER GRUPO: LOCALIDAD: MURCIA

Nº PARTICIPANTES: 9

PERIODO DE REALIZACIÓN: Marzo – Junio 2010

| 4. Desarrollo de las sesiones grupales | Horario: 17-19 |                        |
|----------------------------------------|----------------|------------------------|
|                                        |                | nº de asistentes Fecha |
| Sesión 1                               |                | 924/03/110             |
| Sesión 2                               |                | 97/04/10               |
| Sesión 3                               |                | 814/04/10              |
| Sesión 4                               |                | 921/04/10              |
| Sesión 5                               |                | 828/04/10              |
| Sesión 6                               |                | 75/05/10               |
| Sesión 7                               |                | 912/05/10              |
| Sesión 8                               |                | 919/05/10              |
| Sesión 9                               |                | 826/05/10              |
| Sesión 10                              |                | 91/06/10               |

## 9. INCIDENCIAS Y OBSERVACIONES:

- El grupo se ha desarrollado con una alta participación en las sesiones, respetando el turno de palabra y compartiendo en el grupo aspectos personales pertinentes a los temas que se desarrollaban. Todas las mujeres han hablado y se han mostrado motivadas para realizar las dinámicas en el tiempo de las sesiones.

- En cuanto a la realización de las tareas entre sesiones las han realizado mayoritariamente entregando las tareas y adaptándolas a aspectos personales que eran de su interés: PNI, relajación ante situaciones de tensión, planificación de objetivos, cronograma de la autoestima...

- Algunas de las participantes han aportado documentos de interés para compartir con el grupo y se han leído y debatido en las sesiones.

- Se aclaran dudas y se refuerza el hecho de que lean entre sesiones el material entregado así como la realización de las técnicas de relajación y respiración que se aprenden en el grupo.

- Se cambió el lugar de encuentro por dificultades en la asignación de aulas y nos trasladamos en las ultimas 3 sesiones al Centro de Salud del Carmen, esto benefició a casi todas las mujeres ya que viven en los alrededores.

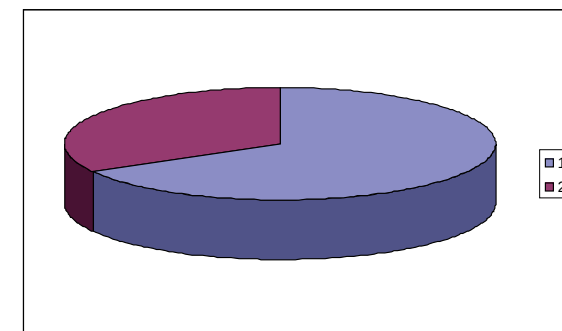
### VALORACION DE RESULTADOS:

#### VALORACIÓN CUALITATIVA

##### 1.- Satisfacción global.

1: 66,6% mucho

2: 33,33% bastante



<sup>9</sup> El proyecto ha sido realizado por las siguientes terapeutas M<sup>a</sup> Ángeles Miñarro Garrido y Juana Teresa Jiménez Pérez Muelas

## 2.- Comentarios finales realizados por las participantes sobre valoración de aspectos positivos del programa:

- Les ha parecido corto tanto el nº de sesiones como las 2 horas dedicadas a cada sesión.
- “Me ha servido porque yo era muy cerrada y aquí he aprendido a decir no”
- “El que nos pongan etiquetas de maltratadas no me ha gustado, no me siento bien en ese encasillamiento”
- “Del grupo me llevo las técnicas de respiración, el aprender a decir yo soy y el comprender que nos anulan el yo”
- “Me llevo lo que cada una de las compañeras me ha aportado”
- “Soy ahora una persona más consciente, los pensamientos radicales los controlo. Además he ampliado amistades”
- “Este grupo me ha dado fuerzas estoy muy sola y he visto que se acuerdan de mí, me gustaría seguir “
- “He aprendido a preocuparme por mí, no tanto por los demás”
- “Siempre he tenido mucha culpa que no he podido controlar y la he sentido toda mi vida, aquí he aprendido a que no soy tan mala”
- “Me ha dado fuerza moral para afrontar una situación que nunca pensé podría enfrentarme a ella”
- “Me ha servido para crecerme y poner límites”
- “Me ha servido para ser mujer”
- Todas están de acuerdo que deben continuar con reuniones para afianzar lo que se ha descubierto en estos talleres y profundizar en los contenidos del material que se les ha facilitado.

## 3.- Comentarios finales realizados por las participantes sobre valoración de aspectos susceptibles de mejora.

- Sugieren que se realice la actividad 3 veces al año para reforzar el cambio.

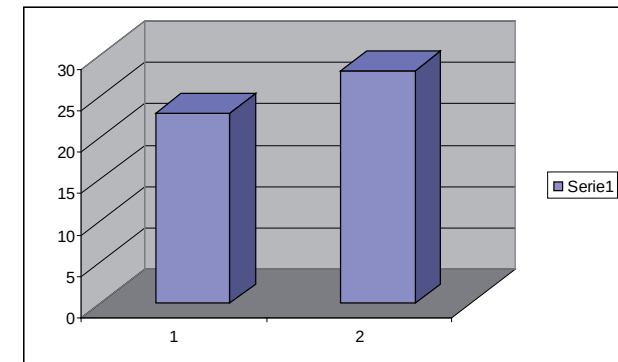
## VALORACIÓN CUANTITATIVA

### 4.- Comparación entre el nivel medio de autoestima al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través del Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

Puntuación media autoestima

1 Inicio: 23%

2 Final: 28,1%

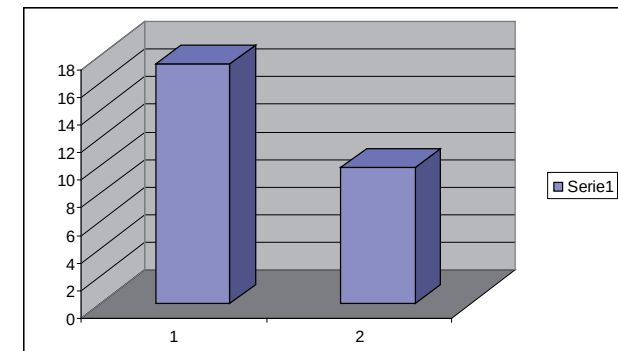


### 5.- Comparación entre el nivel medio de sintomatología depresiva al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

Puntuación media de sintomatología depresiva

1 Inicio: 17,33%

2 Final: 9,88%

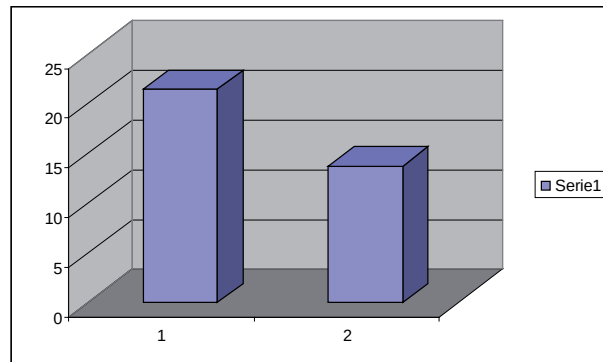


### 6.- Comparación entre el nivel medio de sintomatología asociada al estrés postraumático al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través de la escala EGTEP (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Puntuación media de sintomatología asociada al estrés

1 Inicio: 21,44%

2 Final: 13,77%

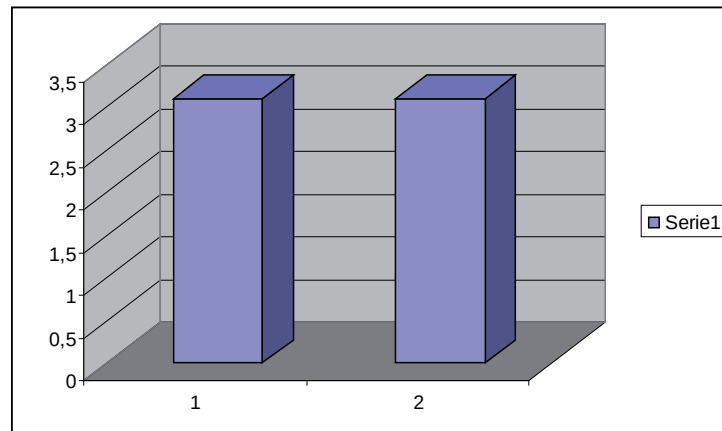


**7.- Comparación entre el nivel medio de inadaptación (en diferentes áreas de la vida cotidiana al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través de la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987))**

Puntuación media de inadaptación:

1 Inicio: 3,1

2 Final: 3,1



**8.- Cambio percibido a la finalización del programa**

Mucho Mejor: 1

Bastante Mejor: 5

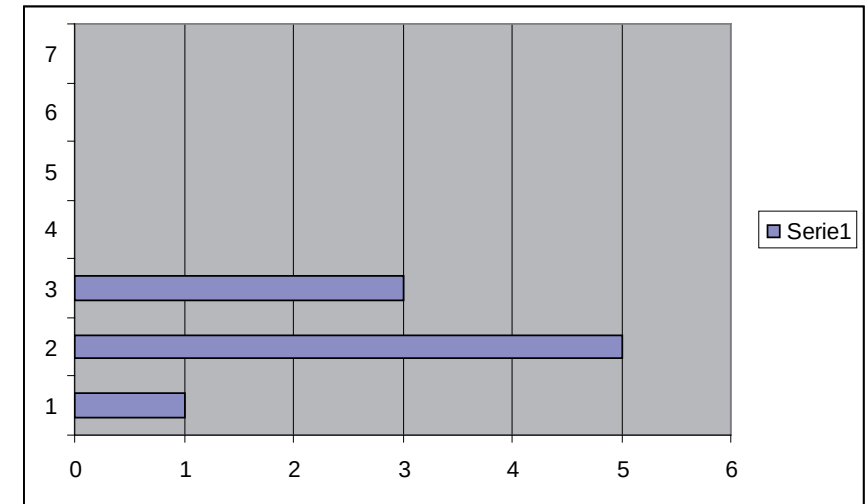
Algo Mejor: 3

Igual: 0

Algo Peor: 0

Bastante Peor: 0

Mucho Peor: 0



SEGUNDO GRUPO. LOCALIDAD: CARTAGENA.

Nº PARTICIPANTES: 8

PERIODO REALIZACIÓN: Marzo – Mayo 2010

| 4. Desarrollo de las sesiones grupales | Horario: 17-19 |                        |
|----------------------------------------|----------------|------------------------|
|                                        |                | nº de asistentes Fecha |
| Sesión 1                               |                | 81/03/110              |
| Sesión 2                               |                | 78/03/10               |
| Sesión 3                               |                | 815/03/10              |
| Sesión 4                               |                | 722/03/10              |

|           |           |
|-----------|-----------|
| Sesión 5  | 729/03/10 |
| Sesión 6  | 65/04/10  |
| Sesión 7  | 712/04/10 |
| Sesión 8  | 619/04/10 |
| Sesión 9  | 826/04/10 |
| Sesión 10 | 83/05/10  |

### INCIDENCIAS Y OBSERVACIONES:

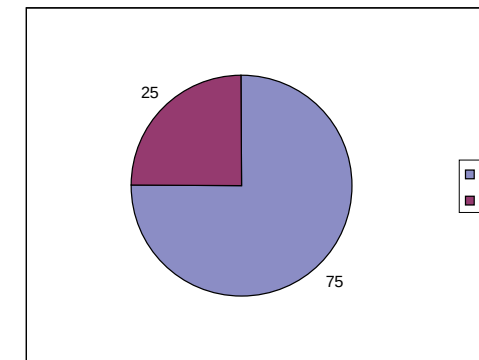
- El grupo se ha desarrollado con una alta participación en las sesiones, respetando el turno de palabra y compartiendo en el grupo aspectos personales pertinentes a los temas que se desarrollaban. Todas las mujeres han hablado y se han mostrado motivadas para realizar las dinámicas en el tiempo de las sesiones.
- En cuanto a la realización de las tareas entre sesiones no ha habido colaboración de todas, manifestando alguna resistencia en el cumplimiento de las tareas en sus casas. En ocasiones se les ha olvidado traer por escrito lo que han realizado.
- No obstante, se han dedicado unos minutos iniciales en cada sesión al refuerzo de las tareas para las que las han realizado y animando al resto a que lo hiciesen. Manifiestan que lo llevan a cabo pero no lo registran en los cronogramas que les entregamos.
- También se les recuerda que lean los documentos teóricos entregados y se les pregunta por los beneficios y dificultades en la realización de los ejercicios de respiración y relajación.
- Se cambió el encuadre a la mitad de las sesiones, trasladándonos a un lugar diferente, este aspecto no provocó cambios significativos en la asistencia ni en la cohesión grupal.

### VALORACION DE RESULTADOS VALORACIÓN CUALITATIVA

#### 1.- Satisfacción global.

1: 75% bastante

2: 25% mucho



#### 2.- Comentarios finales realizados por las participantes sobre valoración de aspectos positivos del programa.

- Les ha parecido corto tanto el nº de sesiones como las 2 horas dedicadas a cada sesión.
- “Las primeras sesiones fueron muy duras”.
- “Creía que no iba a estar cómoda en un grupo con personas a las que no conocía, pero me he sentido muy bien”.
- “Estaba deseando que llegaran los lunes para venir al grupo”
- Han comentado que les ha servido para conocer otras realidades similares a la suya, así como para conocer a otras personas algunas de las cuales han fomentado su relación y realizan actividades fuera del horario de los grupos.
- Les ha servido como apoyo emocional, para una mejor comunicación de su situación, así como para aprender a ocuparse y tomar conciencia de la necesidad de cuidarse más.

#### 3.- Comentarios finales realizados por las participantes sobre valoración de aspectos susceptibles de mejora.

- Aumentar el nº de sesiones.

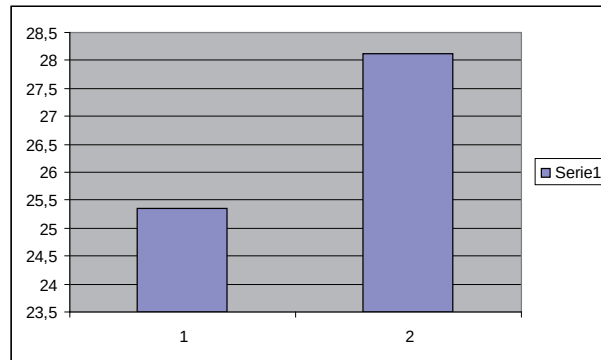
### VALORACIÓN CUANTITATIVA

**4.- Comparación entre el nivel medio de autoestima al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través del Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)**

Puntuación media autoestima

1 Inicio: 25,35%

2 Final: 28,12%

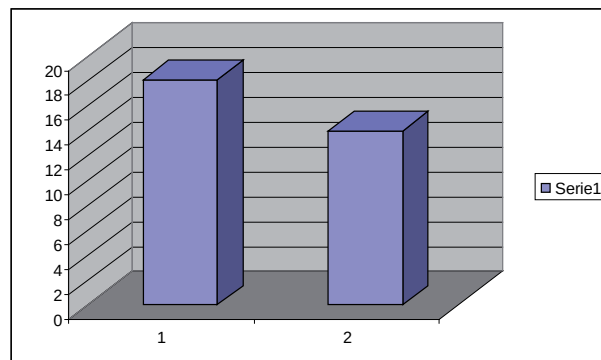


**5.- Comparación entre el nivel medio de sintomatología depresiva al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)**

Puntuación media de sintomatología de autoestima

1 Inicio: 18,12%

2 Final: 14%

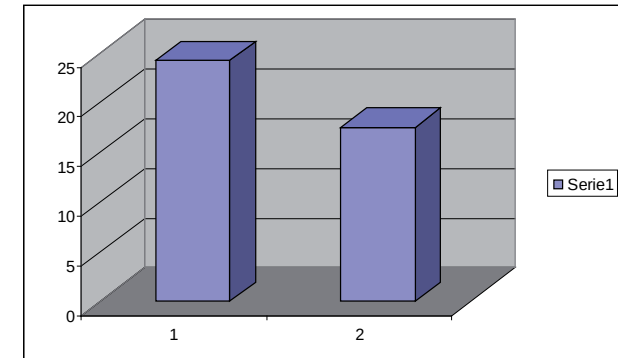


**6.- Comparación entre el nivel medio de sintomatología asociada al estrés postraumático al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través de la escala EGTEP (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).**

Puntuación media de sintomatología asociada al estrés

1 Inicio: 24,25%

2 Final: 17,5%

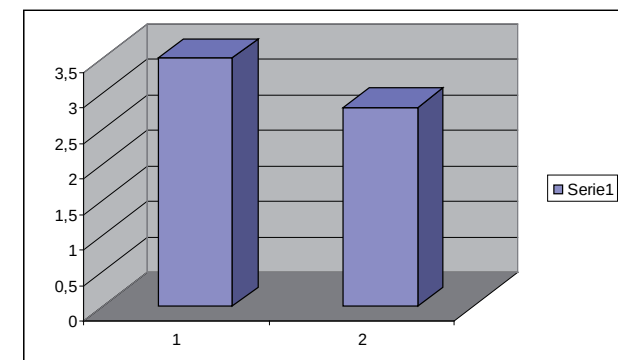


**7.- Comparación entre el nivel medio de inadaptación (en diferentes áreas de la vida cotidiana) al inicio y a la finalización del programa, evaluados a través de la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987)**

Puntuación media de inadaptación:

1 Inicio: 3,5

2 Final: 2,8



### 8.- Cambio percibido a la finalización del programa

Mucho Mejor: 2

Bastante Mejor: 2

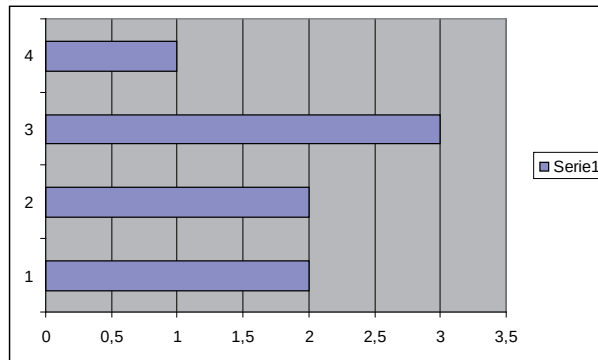
Algo Mejor: 3

Igual: 1

Algo Peor: 0

Bastante Peor: 0

Mucho Peor: 0



## **ACERCAMIENTO COMPRENSIVO AL COMPORTAMIENTO VIOLENTO SOBRE VÍCTIMAS DEL ÁMBITO DOMÉSTICO. EL EQUIPO FORENSE DE VALORACIÓN INTEGRAL.**

*Faustina Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>*

### **INTRODUCCIÓN**

“La agresión maligna no es instintiva sino que se aprende. Las semillas de la violencia se siembran en los primeros años de nuestra vida, se cultivan y desarrollan durante la infancia y comienzan a dar sus frutos malignos en la adolescencia (...).

Los seres humanos heredamos rasgos genéticos que influyen en nuestro carácter, pero nuestros comportamientos desde el sadismo al altruismo son producto de un largo proceso evolutivo condicionado por las fuerzas sociales y la cultura”  
(*Rojas Marcos<sup>2</sup>*).

Comenzamos por lo que podría ser reflexión que Rojas Marcos hace al comportamiento de algunas personas sin distinción de sexo. Porque es la raíz primera de un grave problema de convivencia en nuestra sociedad. Sin violencia no hay víctimas del tipo que sea.

Aplicado a las víctimas de violencia doméstica y de género nos lleva a la necesidad de incluir en su estudio el conjunto integrador de tres núcleos que intervienen en la dinámica que permite su existencia: La propia víctima o persona receptora de la violencia o pasiva, el agresor o agente activo violento y el clima o ambiente donde se desarrolla el conflicto.

No es posible abordar ninguna medida, obtener conclusión parcial o definitiva sobre un problema que surge de una relación interpersonal y en un ámbito, el doméstico o el espacio compartido por los sujetos, sin ahondar en el estudio de todo el conjunto de factores que pudieron intervenir. De ahí surge la necesidad de intervención en equipo cuando se plantean casos graves o sospechosos de peligrosidad para la vida o la salud de la víctima o víctimas

---

<sup>1</sup> Médico Forense. Licenciada en criminología. Profesora asociada de la Universidad de Murcia

<sup>2</sup> ROJAS, L.(1995): *Las semillas de la violencia*. Madrid, Editorial Espasa Calpe.

o de reincidencia en los actos violentos sea de carácter físico o psicológico.

A la larga la permanencia en el ambiente conflictivo de forma crónica produce igualmente un deterioro grave en las víctimas, tanto físico como en su personalidad.

La actuación profesional de los equipos forenses hace necesario previamente destacar algunas nociones sobre aspectos que han sido observados en relación con la violencia doméstica y de género.

Cuando nos adentramos en el concepto diferenciador entre ambos tipos de violencia surge el primer problema de aplicación de la actuación de los equipos forenses: están enfocados en sus protocolos casi exclusivamente a casos de violencia de género o relacionada con la pareja. Las otras posibilidades de actuación no suelen asumirse por parte de los mismos. Recordemos que el maltrato doméstico incluye un tipo de violencia específica y reiterada, ejercida dentro del ámbito del hogar por uno de los miembros integrantes del núcleo familiar sobre uno o varios miembros más débiles, provocandoles un daño físico o psíquico, sexual, económico etc. Se ha planteado este concepto como una dinámica de relación de poder del maltratador sobre sus víctimas que suelen ser los miembros más vulnerables de los que componen la convivencia: mujeres, niños, ancianos y discapacitados.

Se ha llamado también violencia de género cuando la víctima específica del maltrato es la mujer y el maltratador, su pareja habitual. No obstante, cuando dicha violencia se ejerce en el hogar suele constituir un continuo y se extiende a diferentes miembros de la familia en uno u otro momento, de forma más o menos reiterada y con actos agresivos de intensidad variable. En relación al grado de intensidad no hay que olvidar la existencia de microviolencia como forma de maltrato sutil pero tan lesivo ante su persistencia y reiteración como la agresión explícita.

La violencia de género comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones contra la libertad sexual, las amenazas, coacciones o la privación arbitraria de la libertad. Las Naciones Unidas en el art.1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer la ha definido como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales

actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”. Naciones Unidas considera que la violencia contra la mujer en cualquier ámbito o forma que adquiera se ha constituido como un problema de Derechos Humanos que atañe a todos los Estados y por tanto implica una responsabilidad para todos el legislar, investigar y castigar todo acto de violencia que se ejerza sobre la mujer, sea público o privado.

El desarrollo de legislación específica sobre violencia de género ha seguido el camino paralelo en torno a la violencia doméstica, si embargo no alcanza el mismo grado de protección sobre otros miembros de la familia que pueden verse inmersos en el maltrato. Las actuaciones sobre menores o ancianos adquieren un plano más secundario y solo en casos concretos y muy manifiestos se procede a la intervención. Esta es la realidad de la actuación de los Equipos Forenses de los Institutos de Medicina Legal. El hecho de que hayan sido creados con una función directamente relacionada con los Juzgados de Violencia Sobre la Mujer, deja en segundo término aquellos casos que no tengan una relación directa con violencia de género en el ámbito doméstico. Otro caso similar pero en sentido contrario ocurre en las agresiones sexuales sufridas por la mujer fuera del ámbito doméstico o de la pareja habitual que muy pocos Equipos Forenses incluyen como parte de sus funciones.

## 2. MARCO LEGISLATIVO

Esta unidireccionalidad en la intervención de los Equipos Forenses enfocada a las víctimas de violencia de género en detrimento de otras del ámbito doméstico e incluso de agresiones sexuales (integradas por Ley como parte de las víctimas de violencia de género), puede estar justificada por el marco legislativo en que nos movemos los profesionales integrantes de los equipos forenses en España. Sin ser exhaustivos un breve repaso acerca de la legislación actual nos lleva a entender esta disposición en las funciones asumidas por los diferentes actores dentro del sistema de justicia español, es decir, no solo los miembros de los equipos si no también aquellos que disponen y ordena las actuaciones necesarias a seguir por dicho Equipo en cada caso concreto: jueces y fiscales, tanto de Juzgados de Violencia como en los Juzgados de Guardia o de Familia.

### 2.1 CODIGO PENAL: Art 153 sobre malos tratos en el ámbito familiar<sup>3</sup>;

<sup>3</sup> Art. 153.

Art.171 apt. 4º y 6º amenazas leves en caso de violencia de género y Art.172.2 de coacción leve en violencia de género. Art 173.2 de violencia física o psíquica habitual en ámbito doméstico<sup>4</sup>. Falta art.620: vejaciones e injurias de carácter leve. LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL..REFORMA 13/2003: Prisión provisional por riesgo por delitos de violencia de género de cierta gravedad.

2.2 L.O. 27/2003: ORDEN DE PROTECCIÓN: “En los casos en que existiendo indicios fundados de comisión de un delito o falta...contra algunas de las personas mencionadas en el art. 173.2 del código penal, resulte una situación objetiva de riesgo para la víctima, se adoptaran algunas de las medidas previstas en este artículo: medidas cautelares y de aseguramiento.

2.3 L.O. 1/2004: MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRALCONTRA LA VIOLENCIA DE GENÉRO. Con esta Ley diferencia a efectos de pena cuando la víctima sea la mujer o esposa o conviviente en análoga relación respecto a los demás sujetos del 173.2: conductas del 153, 171 aptdo. 4º y 6º que se ven agravadas cuando el sujeto pasivo sea la mujer o menores e incapaces.

2.4 En el ámbito de las Comunidades Autónomas se ha desarrollado una legislación que permite en casos de violencia sobre la mujer la organización

1.El que por cualquier medio o procedimiento causara a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpearle, o maltratarle de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad...

2.Si la víctima del delito previsto en el apartado anterior fuera alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año, o trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de uno a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de seis meses a tres años.

Se impondrá las penas en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

#### 4 Art. 173.

1. El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.

2. .El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica contra quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre la persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de la convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a la custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con ....

de medidas de actuación asistenciales y de protección específica. Ejemplo es la Ley 7/07 de 4 de Abril de Igualdad entre mujeres y hombres y protección contra la violencia de género: de aplicación en el ámbito en la CCAA de Murcia.

### 3. LA VIOLENCIA COMO NÚCLEO DEL PROBLEMA.

Son necesarias unas nociones previas sobre aspectos que configuran la propia violencia.

**3.1 Violencia y neurobiología.** Es difícil atribuir un solo factor que explique el desarrollo de conductas que originen una respuesta agresiva en situaciones donde otros sujetos reaccionan mediante mecanismos adaptados. Ante igual estímulo externo la respuesta será diferente dependiendo de factores que se han ido desglosando en los diferentes ámbitos en los que ha sido estudiado el comportamiento violento.

El cerebro normal está programado para una respuesta agresiva adaptada cuya finalidad es procurarse alimento, o pareja para garantizar la supervivencia y la especie en situaciones especialmente competitivas<sup>5</sup>.

Pero ¿que es lo que altera el cerebro? muchos estudios, algunos con gemelos, orientan hacia unas carencias heredadas, o una tendencia genética al desequilibrio neurohormonal.

Se han señalado factores sociales, educacionales e incluso atribuciones a una enfermedad mental para explicar la conducta agresiva, el maltrato y la forma inadaptada de relación con los demás. También han sido estudiados patrones heredados de alteración del sistema nervioso vegetativo que explica determinadas formas impulsivas de conducta. Parece que existe una tendencia genética relacionada con el modo en que las personas reaccionan ante circunstancias adversas o estresantes. Estas alteraciones se encontrarían en áreas de la corteza orbitofrontal, cíngula, amígdala e hipotálamo a nivel encefálico. Áreas todas ellas relacionadas con el comportamiento o mejor con la percepción y forma de respuesta emocional ante los acontecimientos vitales.

5 WILSON, E. O. ,*Sociobiología, La nueva síntesis*. Barcelona, Ediciones Omega. 1980 y WILSON, J.Q y HERNSTEIN, R.J. , *Crime and Human Nature*. Nueva York, Simon Schuster, 1985.

El avance en técnicas de imagen neurofisiológicas, de estudios sociológicos y psicológicos, ponen de manifiesto la existencia de determinadas alteraciones cerebrales en ciertos sujetos violentos. La *hipocaptación en determinadas áreas prefrontales del cerebro se ha relacionado en algunos estudios con el comportamiento violento*. Este puede resultar de una mente enferma que distorsiona la realidad. Pueden ser adaptados en situaciones normales de convivencia, sin embargo, reaccionan ante situaciones emocionales intensas con extrema violencia. Esta forma de comportamiento se ha descrito en algunos casos de violencia doméstica, donde hay víctimas que relacionan el comienzo de la misma o bien determinadas agresiones más graves, con acontecimientos estresantes que vive el agresor (pérdida de empleo o en el juego o muerte de un ser querido etc.)

En estudios neurológicos con técnicas especiales como el electroencefalograma y otras técnicas de neuroimagen se han observado alteraciones ante estresores externos que determinan conductas agresivas exageradas o con nula capacidad para gestionar repuestas adecuadas ante el conflicto. Esto podría explicar que determinados comportamientos de maltratadores contra la pareja exacerban su violencia ante la más mínima dificultad o pérdida de estabilidad emocional por dificultades externas que en otras circunstancias serían abordadas con soluciones adaptadas y coherentes y no mediante descargas de agresividad contra la persona más próxima y con menos capacidad de respuesta ante la agresión por la especial dependencia emocional que se establece entre la víctima y el agresor.

Sustancias como el neuropeptido –Y, hormonas como la vasopresina y oxitocina entre otras, van a garantizar una adecuada adaptación al medio, van a modular las necesidades básicas como el comportamiento sexual, la sed, el hambre y los mecanismos y recursos comportamentales para cubrir dichas necesidades. El desequilibrio en algunos de estos neuropeptidos podría explicar el porqué del comportamiento en agresores sexuales.

**3.2 Violencia y sexo.** Muchas formas de agresión dependen de procesos bioquímicos regulados por la acción hormonal. Esta es distinta en hombres y mujeres y, está condicionada en parte, por factores contextuales y sociales.

Se observa que los varones presentan con más frecuencia conductas antisociales y en mayor grado que las chicas ya desde los 5 años hasta la edad adulta. Para explicar este hecho se atribuye a factores socioculturales,

que establecen una socialización diferente en ambos sexos ya que en culturas donde no existe distinción entre roles en varón y mujer se acortan significativamente las distancias. Sin embargo, otros estudios que se centran en la agresividad innata, constatan como en efecto que los chicos tienen con más frecuencia comportamientos agresivos en sus interacciones, tanto física como verbalmente. A esta diferenciación sí se atribuye un sustrato biológico (testosterona y otros factores del sistema nervioso y endocrino).<sup>6</sup>

En estudios de autoencuesta, los varones se confiesan autores de delitos menores en doble proporción a las mujeres. En detenciones policiales, son 10 los hombres por cada mujer. También son condenados más hombres que mujeres (15 hombres por cada mujer).<sup>7</sup>

**3.3 Violencia y Enfermedad Mental.** En algunos estudios sobre violencia en el ámbito doméstico se destaca que las características de los agresores van a permitir tanto el desencadenamiento como la perpetuación de la violencia. ¿Puede el agresor ser un enfermo? Algunos autores<sup>8</sup> encuentran cierta asociación entre el comportamiento de los maltratadores y alteraciones mentales como psicopatías, depresiones, o personalidad agresiva o paranoide. Además la violencia se puede ver ligada a determinados trastornos mentales: demencias con delirios de perjuicio, psicosis como la esquizofrenia o el trastorno paranoide donde destaca este último como origen de comportamiento violento asociado a su temática delirante y dentro de la violencia ligada al trastorno mental probablemente el que más peligrosidad conlleva, también en determinadas adicciones como alcohol, y en drogas de abuso tanto en los cuadros de intoxicación como de abstinencia.

Cloninger<sup>9</sup> propuso una clasificación de los rasgos de personalidad en función de variables neuroquímicas conductuales, utilizando los sistemas de neurotransmisores aplicados a la reacción de huida-aproximación.

En función del estímulo y la respuesta se verían implicados diferentes neurotransmisores: La búsqueda de novedad, estaría mediado por dopamina; una inhibición del comportamiento se relacionaría con la evitación de daños

6 GARRIDO, V.; STANGELAND, P.; REDONDO, S. *Principios de Criminología*, op. cit., pp. 261 – 270.

7 *Ibidem*, págs. 296 – 300.

8 Matos.M (2003) Violencia conyugal. Machado, C. y Gonçalves, R.A (comp). (pp.83-130) Vol.1 Adultos.Coimbra:Cuarteto.

9 CLONINGER, C. R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 1987, pp. 573 – 588.

y viene mediada por serotonina (se encontrarían niveles bajos en agresores violentos); una persistencia en el comportamiento (dependencia de la recompensa), vendría mediado por noradrenalina.

**BROWN Y COLS**<sup>10</sup> describen en un estudio con adultos agresivos con trastorno de personalidad, un metabolismo bajo de la serotonina. Otros estudios encuentran niveles altos de testosterona en agresores violentos.

En estudios electrofisiológicos se han observado alteraciones en determinadas circunstancias ante estímulo internos y externos. Este tipo de estudios muestra dos tipos de patrones de ondas positivas y negativas, en los que se distinguen dos partes: una precoz que representa la actividad de vías sensoriales, y otra más tardía que refleja procesos cognitivos. En psiquiatría se han empleado estas técnicas en determinadas patologías con objeto de conocer los mecanismos neurofisiológicos de la conducta y la cognición<sup>11</sup>.

En este campo también se está investigando y cada vez con mayor aplicación, técnicas de neuroimagen como la tomografía computerizada por emisión de fotón simple (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET). Resultando en este tipo de pruebas alteraciones en la captación, en zonas específicas encefálicas relacionadas con trastornos del comportamiento asociados a patologías como el Trastorno Obsesivo Compulsivo, donde se aprecia hiperfunción de estas zonas y que puede ser una patología observada en algunos maltratadores en el ámbito doméstico.

A nivel neuropsicológico, un funcionamiento prefrontal reducido puede traducirse en una pérdida de la inhibición o control de estructuras subcorticales, filogenéticamente más primitivas, como la amígdala, que se piensa que está en la base de los sentimientos agresivos. En el plano neurocomportamental se ha visto que lesiones prefrontales se traducen en comportamientos arriesgados, irresponsables, transgresores de las normas, con arranques emocionales y agresivos, que pueden predisponer a actos violentos. La personalidad, en las lesiones frontales en pacientes neurológicos se asocia con impulsividad, pérdida del autocontrol e inmadurez que pueden predisponer a la violencia.

En el aspecto social, la pérdida de flexibilidad intelectual y de las habilidades para resolver problemas, así como la merma de capacidad para usar la información suministrada por indicadores verbales que nacen del mal funcionamiento prefrontal, pueden deteriorar seriamente las habilidades sociales necesarias para plantear soluciones no agresivas a los conflictos.

En el plano cognitivo las lesiones prefrontales causan una reducción de la capacidad de razonar y de pensar que pueden traducirse en fracaso escolar, paro y problemas económicos, predisponiendo así a una forma de vida violenta, sin embargo se requiere la existencia de otros factores medioambientales, psicológicos y sociales que potencien o reduzcan esta predisposición biológica.

Por otro lado, la mayoría de casos descritos de violencia doméstica y especialmente la ejercida sobre la mujer y la extensiva a partir de la misma a otros miembros de la familia, no parece que estén relacionados con trastorno específicos en el agresor. Walter<sup>12</sup> sugiere que solo el 10% de maltratadores llevarían asociado algún tipo de trastorno mental.

**3.4 Violencia y Ambiente.** Otro enfoque del problema puede ser el planteado por algunos autores<sup>13</sup> sobre la transmisión generacional de la violencia. Se basa en teorías del aprendizaje social donde la forma de convivencia violenta sería por influencia intergeneracional. Si eres víctima de maltrato en la infancia reproducirás estas conductas en la edad adulta por un mecanismo de refuerzo. Así la observación de actos agresivos reiterados en la infancia va a condicionar su uso como forma de resolución de conflictos.

Adrian Raine<sup>14</sup> especula con la posibilidad de que los malos tratos infantiles causen las lesiones cerebrales. “Si de forma reiterada un bebé es bruscamente zarandeado, entonces puede que las fibras blancas que ligan su corteza con otras estructuras cerebrales se rompan, dejando el resto del cerebro fuera del control prefrontal”.

El cerebro de los violentos como en el caso del maltrato, mostraría una

12 Walter, L. (1994). *Abused women and survivor therapy. A practical guide for the psychotherapist*. Washington: APA.

13 Costa, M. y Duarte, C. (2000). *Violencia familiar*. Porto. Ambar.

14 RAINE, A., Y SANMARTÍN, J., *Violencia y psicopatía*, Barcelona, Ariel, 2000. pp. 68-70.

10 BROWN, G.L., EBERT, M.H., GOYER, P.F. et al. Aggression, suicide, and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *American Journal Psychiatry*, 139 (6), 1982, pp. 741-746.

11 VALLEJO, J., *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*, Barcelona, Ed. Masson, 1998. pp. 51 – 55

disfunción, bien por causas ambientales, bien por causas genéticas innatas.

Se ha observado como en las víctimas de delitos graves se producen alteraciones similares neuroquímicas y encefálicas cuando sufren un trastorno por estrés postraumático.

La conducta agresiva se vería potenciada por escasas habilidades educativas y de modelamiento de la conducta por parte de los padres.

Una de las consecuencias directas de la violencia de género la presencia de los hijos en situaciones de extrema violencia que se ha identificado como una forma de maltrato que puede determinar un mayor o menor impacto sobre los mismos y cuyas consecuencias pueden marcar el futuro comportamiento y bienestar de los menores testigo<sup>15</sup>. Finkelhor se refiere a la violencia ejercida en la infancia como fruto de diferentes factores a los que se van a encontrar expuestos los menores a lo largo de su desarrollo, considera que en la infancia es fundamentalmente intrafamiliar y conforme avanza la edad hasta la adolescencia el menor se ve más expuesto a violencia ejercida por extraños<sup>16</sup>.

Como se ha dicho anteriormente, no existe un único factor explicativo del comportamiento violento. Se puede hablar de una serie de factores de riesgo y vulnerabilidad de todo orden que actuarían inclinando el comportamiento hacia la violencia y otros factores que “protegerían” de dicha conducta. Acontecimientos dramáticos como el fallecimiento de un familiar, divorcios etc. Podría ser la base para el inicio de un comportamiento violento que se atribuye en estos casos al estrés. Sin embargo factores de personalidad van a condicionar la adaptación más o menos rápida a estas situaciones traumáticas. En principio un buen soporte sociofamiliar actuaría como neutralizante eficaz ante estas situaciones.

El ambiente moldea la conducta y tanto la educación o por contra situaciones sociales o familiares adversas o marginales pueden ser factores desencadenantes o inductores de comportamientos agresivos, sin embargo no todos los que viven en estas circunstancias responden con conductas violentas y está demostrado en ambientes privilegiados y estables la existencia de

individuos violentos. No es tan simple, por tanto, esta premisa. Si hay que pensar en una determinada actuación, no hay que olvidar que la intervención en modificación de factores ambientales y familiares puede ayudar a estabilizar y adaptar determinados comportamientos violentos, incluso en aquellos en que se ha podido detectar desequilibrios neuroendocrinos.

**3.5 Violencia de género.** Si todo lo dicho hasta ahora puede tener su aplicación general para explicar algunos casos de comportamiento, habría que añadir la influencia que de forma especial pueden tener los condicionamientos sociales como factores que permiten o facilitan la violencia de género. Para explicar esta violencia específica se han valorado factores individuales, sociales y del contexto de la pareja. La idea sobre la que se explicarían estos comportamientos es en base a aptitudes que surgen de la concepción sexista imperante en la sociedad como modelo que propicia la situación junto a creencias y actitudes tolerantes con la violencia sobre la mujer.

No se puede atribuir a un contexto social o nivel sociocultural especial como foco principal de estas conductas. De hecho, se habla de cifras negras en las estadísticas que analizan la incidencia cada año (solo sale a la luz entre 5% y 30% de casos, la mayoría los más graves)<sup>17</sup>, siendo por otro lado la distribución bastante uniforme entre la población de mujeres adultas. En este terreno se han mostrado especialmente útiles las encuestas de victimización, que permiten acercarnos a estimaciones más reales de mujeres que sufren maltrato, como la realizada por el Instituto de la Mujer en el año 2000 y posteriormente por Medina y Barberet (2003), donde se aproximan a cifras de un millón y medio de mujeres maltratada en España.<sup>18</sup>

A diferencia de la consideración en la reiteración de actos violentos que caracteriza en general a la violencia doméstica, aunque es un signo característico de la violencia de género, no siempre es así y no es raro que pueda debutar con una agresión grave con lesiones importantes o con la muerte. La progresión en la magnitud de agresión se ha considerado como característica, de forma que el inicio, cuando no se trate de un único acto violento extremo (caso de muerte o de agresión sexual), será probablemente un maltrato psicológico y una aptitud represiva hacia la futura víctima. La

<sup>15</sup> UNICEF, The body shop internacional(2006): Venid closed doors.The impact of domestic violence on children.Edit. Unicef. Nueva York/Londres.

<sup>16</sup> Finkelhor,D (1995): The victimization of children in a developmental perspectiva. American Journal of Orthopsychiatry; 65(2):177-193.

<sup>17</sup> E. Echeburúa . C. Guerricaechevarría (2006):Especial consideración de algunos ámbitos de victimización. En: Manual de Victimología Forense. Ed, Tirant Lo Blanc. Valencia. Pp. 164-176

<sup>18</sup> Ibidem. pp 168

agresión física puede aparecer durante el primer año de relación, incluso sin convivencia( 65%)<sup>19</sup>.

También en el agresor se han descrito formas de comportamiento que hacen sospechar el futuro violento: son sobreprotectores, celosos y con aptitud exigente con su pareja. Controlan toda su vida y lo justifican como un interés desbordado, amor y dependencia emocional.

La hostilidad vendría determinada por situaciones de celos, por los estereotipos sexistas y la necesidad de sumisión de la mujer al varón que utilizaría la violencia como forma de imponer su voluntad y de resolver los conflictos. La ira como manifestación violenta, vendría determinada por esa hostilidad y precipitada por determinados contratiempos como dificultades económicas, laborales o de relación social, quizás determinada también por la falta de habilidades sociales del maltratador. A veces las características de su personalidad como baja autoestima o suspicacia excesiva pueden explicar el comportamiento. Sin embargo se ha observado que solo en un 20% de casos de violencia de género existe algún condicionante exógeno como trastorno de personalidad o enfermedad mental.

Se ha constatado que el consumo de alcohol ocurre en un 65 a 85 % de los casos y otras drogas en un 30%

Sin embargo, no existen en general explicaciones válidas para justificar el porqué surge la primera reacción violenta, ni en todos los casos se observa alguna alteración que permita abordar el problema desde el punto de vista de un trastorno mental<sup>20</sup>. Es significativo que los violentos de este tipo siguen un patrón de comportamiento que permite en cierta forma predecir las situaciones de riesgo o de mayor lesividad para la víctima. La ruptura de la relación, el abandono por parte de la víctima del agresor o cuando han transcurrido unos meses desde la separación parecen ser factores que determinan mayor riesgo de muerte de violencia de género o de agresiones graves. También la toma de decisiones por parte de la víctima que se perciben como intentos de autonomía y alejamiento del agresor va a coincidir con agravación de la violencia.<sup>21</sup> Esto se explica por la pérdida de control y poder del maltratador

sobre su víctima. Se han referido casos de muerte por violencia de género donde tras la separación surge el primer episodio violento, a veces de extrema gravedad, cuyo origen puede estar en la falta de tolerancia a la frustración, a la no aceptación de la ruptura. Se podría aplicar la frase muy extendida a nivel popular de “la maté porque era mía”.

Se podría deducir de lo anterior que aún falta un amplio camino de estudio en relación al comportamiento de hombre violentos contra la pareja ya que los datos empíricos obtenidos hasta la fecha son parte de la observación de aptitudes más relacionadas con aspectos socioculturales que determinan un modo de convivencia basado en una relación de desigualdad entre hombres y mujeres, cuestión que sin embargo no explica toda la extensión y generalización del problema. Se podría atribuir a un origen patriarcal de la estructura social prácticamente a nivel mundial, sin embargo, habría que hacer estudios empíricos serios de funcionamiento de sociedades estructuradas con otros valores y forma de organizarse, como las matriarcales, y plantear aquellas aptitudes que tiene una mayor peso en el desarrollo de conductas violentas.

**3.6 Factores de riesgo del comportamiento violento.** Si reflexionamos acerca de las consecuencias de la violencia se pueden ver las repercusiones más allá de las propias víctimas directas. Conlleva unos costos con amplias repercusiones sociales y económicas: necesidad de creación de refugios y medidas de protección a víctimas, la menor productividad laboral por discapacidades, disminución de la calidad de vida, y de la autonomía personal, la mayor intervención de las instituciones policiales y judiciales. Hay una serie de factores predictores del comportamiento violento, los más frecuentes son:

- 1-Intención de causar daño.
- 2-Historia de violencia o impulsividad.
- 3-Consumo de alcohol o drogas.
- 4-Trastornos mentales orgánicos ( demencia, epilepsia..)
- 5-Cuadro delirante con presencia de delirios paranoides.
- 6-Amenazas frecuentes y expresadas verbalmente.
- 7-Comportamiento hostil y violencias previas.
- 8-Negativismo.
- 9-Falta de empatía, de compasión y placer en el dolor ajeno.
- 10-Malos tratos en la infancia.
- 11-Maltrato a animales, piromanía.

<sup>19</sup> Ibidem.pp169

<sup>20</sup> Ibidem.pp.172-173

<sup>21</sup> Ibidem.pp.173-174

12-Déficit de afecto o abandono en la infancia.

#### 4. TIPOS DE COMPORTAMIENTO VIOLENTO.

La agresión y la violencia se suele usar como sinónimos, si bien habría que especificar que existe la agresión como respuesta adaptada para conseguir determinadas necesidades dentro de una sana competencia social y a veces forma parte de situaciones conflictivas donde no existe una desproporción de fuerzas, un desequilibrio entre las partes que entran en conflicto. Lo contrario a las situaciones que identifican claramente a una víctima de su agresor, la descompensación de poderes, más marcada en aquellos casos en los que confluyen circunstancias de afectividad y dependencia emocional haciendo especialmente vulnerable a la víctima que queda a merced del otro. Esta última es la situación que caracteriza a la violencia doméstica en general y a la violencia de género de forma específica.

Cuando se habla de violencia o agresión maligna, nos referimos al concepto desbordado de respuesta agresiva, a un comportamiento inadaptado, incontrolado y destructivo o exagerado en relación al estímulo que lo desencadena.

**4.1 Formas de Violencia:** Hay también unas formas diferentes según los mecanismos usados para ejercer la violencia o según las metas que se persigan con la misma.

Son tipos de violencia<sup>22</sup>:

*Violencia física:* que podría estar mediada por factores biológicos como sustancias neuroquímicas u hormonales del tipo serotonina o testosterona con más frecuencia que otros tipos como la verbal.

En este tipo de expresión de la violencia habría un mecanismo directo de contacto agresor-víctima influenciado por factores medioambientales culturales y educacionales. Es frecuente en el maltrato doméstico: mujer, niño o anciano.

*Violencia verbal:* que en general se supone más ligada a factores psicológicos y de personalidad. Es más sutil y más frecuente en clases sociales media-alta o a cierto nivel educativo-cultural ya que permitiría una gestión de la violencia más sofisticada. Puede ir asociada o no a la violencia física y en general en el maltrato doméstico y en el ejercido sobre la mujer suele ser así de tal forma que se describe una fase inicial basada en este tipo de agresión para continuar y después simultanear con agresión física. Utiliza tanto el lenguaje como la comunicación no verbal. Un ejemplo de la comunicación no verbal es el tipo “doble vínculo” en la expresión donde no coincide lo que se expresa con el significado real que trasmite el maltratador y que la víctima interpreta como amenazante.

*Violencia directa/indirecta:* La directa es más propia del varón. A su vez puede ser social como por ejemplo el aislamiento y la exclusión. La indirecta se da más en la mujer, utiliza a terceros como podría ser la difamación.

*Violencia hostil/instrumental:* Se refiere al contexto en que se ejerce la violencia. En la violencia hostil se pretende infringir directamente daño o sufrimiento sin otro fin. La violencia instrumental tiene por motivación primaria conseguir unas metas como recompensas, dinero, autoconcepto etc. En maltratadores la violencia hostil tiene una base más psicopática y sería más difícil el abordaje mediante programas de tratamiento.

**4.2 Clasificación de la Organización Mundial de la Salud:** La OMS<sup>23</sup> clasifica las diferentes formas de expresión de la violencia, distinguiendo entre:

Violencia autoinfligida:

- Suicida
- Autolesiones.

Violencia interpersonal:

- Intrafamiliar: Menores, pareja y ancianos.
- Comunitaria: En extraños o en conocidos. Pe: Mobbing, Bullying

<sup>22</sup> ANDREU, J. M. y RAMÍREZ, J. M. A new tridimensional construct of aggression using structural equations modeling. En J.M. Ramírez (ed.): *Human aggression. A multifaceted phenomenon*.

<sup>23</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): *Informe mundial sobre violencia y la salud*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud.

Violencia colectiva: Según el fin de la misma.

- Social
- Política.
- Económica.

Además teniendo en cuenta la naturaleza de la violencia, esta puede dividirse, según la OMS, en: física, sexual, psíquica o privación y abandono de personas. Esta última, el abandono puede ser la única observada en determinadas víctimas especialmente vulnerables por su edad y condición biológica como en ancianos deteriorados o niños.

Para la OMS, la violencia es un problema de salud en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Entre 10 y 69% de las mujeres manifiesta haber sufrido agresión física en su relación de pareja. A la vez un 20% refiere haber sufrido abuso sexual en la infancia. Durante los últimos años diversos estudios resaltan otro problema hasta ahora ignorado, el maltrato a ancianos o discapacitados que va adquiriendo protagonismo sin ser dentro de la violencia doméstica las víctimas que mayor atención social y profesional reciben. Únicamente los casos con mayor resonancia y generalmente cuando se han producido hechos graves relacionados, han sido objeto de actuación específica.

#### **4.3 Tipos de victimización o formas de violencia específica en la infancia<sup>24</sup>:**

- Victimizaciones Extraordinarias: afecta a niños que se encuentran sometidos a situaciones extremas surgidas de conflictos armados o de otra índole pero generalizado: niños soldados, menores explotados laboralmente, esclavos sexuales etc.
- Victimizaciones Agudas: Sobre todo por malos tratos físicos o psicológicos graves instituciones de acogida o en su ámbito social o comunitario. Incluye cifras de mortalidad infantil y grave abandono.
- Victimizaciones Pandémicas: Son formas específicas de violencia que sufren los menores en determinadas edades y de forma más o menos generalizada, el caso más extendido es el acoso escolar y las agresiones a manos de iguales.

Victimizaciones Intrafamiliares: De múltiples tipologías o manifestaciones:

físico, emocional, negligencia y abandono, abuso sexual y algunas formas específicas como el niño zarandeado, el síndrome de Münchausen por poderes, los niños testigos de violencia de género y casos descritos de filicidio o muerte de menores a manos de sus progenitores.

### **5. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO Y DE GÉNERO. EL EQUIPO FORENSE**

**5.1 Situación actual:** En la actualidad no existe uniformidad de aplicación de protocolos por parte de los equipos forenses de los Institutos de Medicina Legal en España. De lo que sí disponemos es de la creación formal de dichos equipos por parte del Ministerio de Justicia que acompaña de la publicación de la “Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica”<sup>25</sup>. En este manual se incluyen las funciones que han de desarrollar cada uno de los miembros integrantes de los equipos de nueva creación, que atenderá las demandas de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y que incluye un Médico Forense, un Psicólogo y un Trabajador Social. A cada cual asigna un cometido dentro de la valoración integral de violencia de género y doméstica.

Se especifica alcance de las actuaciones en relación al tipo de víctima que se ha de incluir en el estudio, es decir, no deja a criterio de los equipos la asistencia y evaluación de víctimas ajenas a la violencia de género que consideramos como parte de la violencia intrafamiliar y que son igualmente especialmente vulnerables, como pueden ser niños, ancianos o discapacitados (además de la mujer). Aunque no han sido asumidas funciones de atención y evaluación de víctimas de agresiones sexuales por parte de los equipos, sí estaría entre sus funciones. Hay que añadir que en este aspecto no existe uniformidad de aplicación de los protocolos. De hecho, se han asumido funciones por algunos miembros del equipo en algunos centros, como los psicólogos y trabajadores sociales, en el diagnóstico de abuso sexual infantil o relacionado con peritajes sobre veracidad del testimonio. Otros en cambio limitan su actuación a casos de violencia de género en el ámbito intrafamiliar o de la pareja.

Por otro lado y tal como hemos esquematizado en el apartado de legislación, los integrantes de los equipos forenses se han de mover dentro de un procedimiento o causa judicial abierta. Tanto desde los Juzgados de Violencia sobre la Mujer como otros Órganos Judiciales o Fiscalías que tengan por su situación de guardia o funciones, conocimiento de casos de violencia sobre la mujer. A este punto

<sup>24</sup> Millán;S. et al (2006): Victimología infantil. Cuad Med Forense, 12 (43-44) , pp 14-18

<sup>25</sup> Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica. Ministerio de Justicia. Madrid. (2005)

habría que añadir que en el futuro sería ampliable el papel de los equipos a otras víctimas de violencia específica, siempre en el ámbito jurisdiccional.

El equipo forense tiene como peculiaridad la valoración integral o específica, llamada “de calidad”, para casos de violencia de género. Así, se debería solicitar, ante un caso de violencia y siempre por el Órgano Jurisdiccional encargado del mismo, dos tipos básicos de peritación por parte del equipo: específica, que atañe a algún aspecto a valorar, concreto, como lesiones físicas en la víctima, o bien valoración “integral” cuya característica es la intervención de otros miembros del equipo (y no un solo perito) y cuya finalidad es un estudio global de la situación: secuelas físicas y daño psíquico en la víctima; clima violento; alteraciones en el maltratador que puedan explicar la violencia o influir en su imputabilidad y peligrosidad, presente y futura.

Se describen en la guía<sup>26</sup> dos tipos de respuesta forense, una urgente, en el hospital o centro de urgencia al considerar de especial gravedad las lesiones de la víctima y en casos agresiones sexuales. A esta se limita el Médico Forense de Guardia. En segundo lugar la atención programada, menos urgente, para casos que pueden tener una valoración inmediata en relación a los llamados juicios rápidos en los Juzgados de Guardia o bien una forma de actuación más programada, derivada a los equipos forenses de valoración integral donde la peritación requiere una intervención global.

En estos casos puede ser de gran ayuda la exploración exhaustiva de antecedentes previos a la situación actual.

**5.2 Los Criminólogos en los Equipos Forenses:** La necesidad de datos objetivos en la prueba pericial, de contar con medios de prueba, y sobretodo con un criterio basado en la evidencia, puede ser en estos casos la clave para un abordaje más acertado, útil a la justicia y sobretodo a la víctima y al propio maltratador.

Como propuesta podría considerarse la inclusión en los equipos forenses del profesional más especializado en victimología, el criminólogo. La propuesta surge de la necesidad que en la mayoría de valoraciones integrales hay de recabar información sobre aspectos que marcan la eficacia jurídica de la peritación, tanto desde el punto de vista de la prevención de casos de violencia grave o de muerte como para determinar las posibilidades de reincidencia y la peligrosidad real que supone el futuro comportamiento del agresor. Otra labor no menos

significativa sería la de hacer de primer receptor del testimonio de la víctima, el profesional que canalice hacia otros del equipo la investigación inicial acerca de las circunstancias “reales” en las que ha ocurrido el hecho violento y a partir del mismo orientar hacia las medidas más adecuadas respecto a la atención inmediata y medidas de protección que se han de poner en conocimiento del Órgano Judicial correspondiente. Esta primera intervención puede ser de importancia fundamental tanto para establecer la verdadera magnitud de la situación como para una futura valoración integral con la participación de los restantes miembros del equipo. Se podría coordinar la intervención sobre otras posibles víctimas del ámbito familiar, coetáneas a la denunciante y asesorar sobre medidas específicas en este caso.

Por tanto, la existencia de especialistas en victimología permitiría ampliar la función del Equipo Forense y establecer un vínculo de actuación con otras redes asistenciales específicas en torno a la violencia doméstica y de género: servicios de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Oficinas de Atención a Víctimas, Servicios Sociales y algunos especiales para violencia de género como los CAVI y las casas de acogida. El trabajador social incluido en el Equipo Forense en la actualidad tiene su propia función que puede verse interferida por la presencia de profesionales específicos, sin embargo la labor investigadora e integradora que aportaría la presencia del criminólogo solo es posible en aquellos casos en los que el trabajador social asumiese funciones más amplias que las asignadas hasta ahora: estudio del clima violento, del ambiente actual. ¿Sobre el terreno? ¿Haciendo una investigación sobre antecedentes previos penales o de delitos violentos en la misma región o en otras diferentes? ¿Recabando información acerca de otros actos violentos sobre otras víctimas ajenas a las actuales? ¿Aportando información acerca del ambiente social donde ejerce su trabajo, sus relaciones actuales y pasadas etc.? Muchas de las respuestas a estas preguntas pueden estar en la contratación de estos profesionales especializados.

Los Médicos Forenses pueden hacer el diagnóstico etiológico de las lesiones y su causalidad cuando tienen datos objetivos que expliquen de forma compatible con lo observado el origen de las mismas.

Más difícil es hablar de diagnóstico de situaciones a partir de la observación de daños, como ocurre en la violencia doméstica en cualquiera de sus víctimas. Es necesario contrastar la información que se obtiene en la exploración. Puede ser una parte importante la información adicional que un criminólogo o victimólogo nos aporte.

<sup>26</sup> Ibidem, pp. 17-20

Habitualmente se inicia un acercamiento a la información desde la entrevista o entrevistas sucesivas a la propia víctima, al agresor a personas del entorno relacionadas con uno, otro y con ambos. Los datos obtenidos de los antecedentes en la historia clínica previa de una víctima o víctimas del ambiente común o los relatados por testigos o en las declaraciones, que suelen constar en el procedimiento judicial, pueden ser un principio para un diagnóstico aproximado, a veces incluso suficiente si es posible determinar la ausencia de circunstancias excluyentes de violencia específica y se determina que se trata de conflictos no catalogados como violencia intrafamiliar o de género.

**5.3 Evaluación del riesgo:** Una evaluación del riesgo de conductas violentas debería tener en cuenta los siguientes aspectos:

En primer lugar habría que realizar una exhaustiva historia clínica y social: antecedentes previos de enfermedad y de relaciones sociales, escolares, familiares, del trabajo que permita extraer detalles y signos de patrones de comportamiento del sujeto antes de episodio violento o de su comportamiento agresivo actual. Pe: episodios de violencia como peleas, rupturas, maltrato previo tanto a la pareja como a otros miembros de la familia o haber sido a su vez víctimas de alguna de estas situaciones y con qué frecuencia. La investigación “in situ” y recabando información de fuentes oficiales (antecedentes delictuales y judiciales) puede aportar los datos objetivos de este tipo.

Si ha seguido tratamiento psicológico o psiquiátrico, y si ha precisado internamiento por algún trastorno mental; si ha tenido algún traumatismo craneal y como ha cambiado su carácter o vida desde entonces; si sufre epilepsia y cuantas veces ha tenido crisis, si el seguimiento del tratamiento psiquiátrico ha sido correcto o tienen tendencia a abandonarlo, y si hay un control y seguimiento etc. Es importante conocer los antecedentes médico psiquiátricos, pero también aquellos otros relacionados que pueden obtenerse del entorno sociofamiliar y laboral de la persona estudiada. Generalmente no es fácil acceder a esta información adicional, ya que la que consta de la historia clínica puede ser parcial bien porque no sea de la zona concreta donde se solicita o bien porque esté muy dispersa en diferentes centros o ciudades e incluso países.

Recabar estos antecedentes debería ser una tarea compartida con profesionales integrados en el equipo de valoración integral en caso de violencia de género o doméstica, con especial formación en este tema como ya hemos indicado: criminólogos o victimólogos.

En segundo lugar se puede iniciar una evaluación del riesgo, no solo para los demás, las personas de su entorno sino también a nivel social, de las personas que le tratan etc. permitiría asesorar tanto a los que ayudan al enfermo en el tratamiento como equipos a la hora del traslado al centro psiquiátrico.

La evaluación del entorno social permite ver el núcleo de apoyo para llevar un control y tratamiento ambulatorio, normas de convivencia y posibilidad de trabajar en medidas de prevención y contención del enfermo o persona violencia sin enfermedad. Los trastornos de personalidad, de la conducta o adicciones se pueden beneficiar de este tipo de control de su entorno.

La evaluación del estado mental es una cuestión médica que la permite analizar situación actual en caso de enfermedad y valorar la presencia de síntomas como delirios o alucinaciones, síntomas de abuso o abstinencia o alteraciones del estado de ánimo que se relacionen con violencia y que aconsejen el internamiento del enfermo o la posibilidad de riesgo de violencia más alto. Suele ser la intervención del Médico Forense que más se solicita por los tribunales en situaciones de riesgo de violencia o de agresiones graves o la muerte de la víctima. Siempre habrá que estimar si se da la presencia de patologías que supongan la necesidad de adoptar medidas de protección específicas, tanto para la víctimas o víctimas como para el propio agresor. En el diagnóstico del riesgo derivado de enfermedades o trastorno mentales es importante la intervención del psicólogo del Equipo Forense, quien a su vez puede precisar de información adicional del entorno de la persona estudia para completar su estudio.

Aunque los miembros integrantes de los Equipos tienen autonomía en cada una de sus actuaciones y conclusiones, será el estudio conjunto de casos complejos (como sin duda es el diagnóstico de situaciones de violencia doméstica y de género), la forma de abordaje más eficaz tanto desde el punto de vista diagnóstico como preventivo y asistencial y probablemente la que nos pueda proporcionar un acercamiento para la resolución de aspectos jurídicos básicos riesgo para las víctimas que permite la adopción de medidas específicas,; imputabilidad del agresor y posibilidad de tratamiento o cumplimiento de penas y reinserción; secuelas y daños psíquicos en las víctimas y posibilidades de rehabilitación y restauración o reparación.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

**ANDREU, J. M. y RAMÍREZ, J. M.** *A new tridimensional construct of agresión using structural equations modeling.* En J.M Ramírez (ed.): Human aggression. A multifaceted phenomenon.

**BROWN, G.L., EBERT, M.H., GOYER, P.F. et al.** *Aggression, suicide, and serotonin: relationships to CSF amine metabolites.* American Journal Psychiatry, 139 (6), 1982, pp. 741-746.

**COSTA.M y DUARTE.C (2000).***Violencia familiar.porto.Ambar.*

**CLONINGER, C. R.** *„A systematic method for clinical description and classification of personality variants.* Arch. Gen. Psychiatry, 44, 1987, pp. 573 – 588.

**ECHEBURUA.E. C. GUERRICA ECHEVARRÍA (2006):***Especial consideración de algunos ámbitos de victimización.* En: Manual de Victimología Forense. Ed, Tirant Lo Blanc. Valencia. Pp. 164-176

**FINKELHOR,D (1995):** *The victimization of children in a developmental perspectiva.* American Journal of Orthopsychiatry; 65(2):177-193.

**GARRIDO, V.; STANGELAND, P.; REDONDO, S.** *Principios de Criminología*, op. cit., pp. 261 – 270; . 296 – 300

*Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Genero y Doméstica.* Ministerio de Justicia. Madrid. (2005)

**MATOS.M (2003)** *Violencia conyugal.* Machado,C. y GonÇalves, R.A (comp). (pp.83-130) Vol.1 Adultos.Coimbra:Cuarteto.

**MILLAN;S. et All (2006):** *Victimología infantil.* Cuad Med Forense,12 (43-44) , pp 14-18

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002):** *Informe mundial sobre violencia y la salud.* Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud.

**RAINE,A., Y SANMARTÍN, J. ,** *Violencia y psicopatía*, Barcelona, Ariel,2000. ., pp.. 68-70.

**ROJAS, L.(1995):** *Las semillas de la violencia.* Madrid, Editorial Espasa Calpe.

**UNICEF, The body shop internacional(2006):** *Venid closed doors.The impact of domestic violence on children.*Edit. Unicef. Nueva York/Londres.

**VALLEJO, J.** *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*, Barcelona, Ed. Masson,1998. pp. 51 – 55

**WALTER.L(1994).***Abused women and survivor therapy. A practical guide for the psychooterapist.*Washington:APA.

**WILSON, E. O.** *„Sociobiología, La nueva síntesis.* Barcelona, Ediciones Omega. 1980 y **WILSON, J.Q y HERNSTEIN, R.J. ,** *Crime and Human Nature.* Nueva York, Simon Schuster, 1985.

## **NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA PREVENCIÓN DE LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA LEGAL HOSPITALARIA<sup>1</sup>**

### **INTRODUCCIÓN**

En nuestro país la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, para víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual establece la asistencia a las víctimas de todo tipo de delitos, y define un marco de respuesta integrada que establece la información, el acompañamiento y la orientación hacia recursos asistenciales y sociales, procurando su acceso a los tratamientos médicos, psicológicos, sociales y jurídicos que precisen.

El Reglamento que desarrolla esta Ley (aprobado por Real Decreto 738/1997 de 23 de mayo) concreta las posibilidades de acceso a las ayudas y asistencia previstas, así como los procedimientos para su concesión o denegación. Las Oficinas de Asistencia a las Víctimas son un servicio público, universal y gratuito creado por el Ministerio de Justicia para dar una respuesta integral a la problemática que surge en toda víctima de un delito. Una revisión de las actuaciones de estas oficinas vemos como el apoyo jurídico resulta la actuación prioritaria, sin embargo existen ámbitos donde es preciso introducir nuevas estrategias que mejoren la asistencia a las víctimas, me refiero a la necesidad de mejorar e integrar las actuaciones periciales con las sanitarias asistenciales.

### **LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES**

El proceso de victimización es un proceso dinámico donde interaccionan negativamente una serie de factores que determinan como resultante final un patrón de daños a la víctima al incrementar la vulnerabilidad de la misma. Los factores pueden ser personales (edad, personalidad previa, antecedentes biográficos, etc.) y ambientales, que podemos caracterizarlos en función de su papel en el proceso en:

---

<sup>1</sup> Aurelio Luna Maldonado. Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Murcia

- Factores causales directos e indirectos
- Factores concurrentes positivos
- Factores concurrentes negativos

El conceptuar el problema de la victimización como un proceso dinámico supone situarnos en un escenario donde la multiplicidad de factores van a determinar una situación cambiante que se modifica progresivamente en función de los factores que la determinan. Es muy importante definir actuaciones que minimicen los efectos negativos a través de la identificación y de la caracterización de aquellas fases de la intervención institucional que puedan influir negativamente en los procesos de victimización, para modificar las mismas para conseguir un proceso lo más ágil posible y donde la protección integral de la víctima sea el objetivo principal.

La víctima de un delito requiere de una repuesta institucional que evite o minimice la denominada victimización secundaria, que recoge las consecuencias derivadas del proceso judicial y de la investigación del delito. Normalmente esta victimización secundaria se produce ante la administración de justicia y los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. La investigación de un posible delito exige la colaboración de la víctima en el proceso de obtención de evidencias y en el testimonio de la misma. Sin querer reducir todos los delitos a aquellos que requieren una asistencia sanitaria, es una realidad que la mayoría de los delitos violentos contra las personas (agresiones, delitos contra la libertad sexual etc.) requieren de una primera intervención en el marco asistencial sanitario, generalmente en los servicios de urgencias hospitalarios.

El proceso suele iniciarse en la mayoría de los casos, cuando la víctima acude al servicio de urgencias para recibir asistencia sanitaria a consecuencia de la agresión sufrida, tras la emisión y recepción del preceptivo parte de lesiones se inicia el procedimiento indagatorio. En los casos en que las lesiones no suponen un riesgo inminente para la vida, existe un intervalo variable entre la primera asistencia y la respuesta por parte del Juzgado de Guardia, que supera las dos semanas en la mayoría de los casos. Este intervalo de tiempo supone que la evolución natural de las lesiones no graves (escoriaciones, hematomas, etc.) provoque la pérdida de rasgos esenciales para una reconstrucción adecuada de los hechos, lo que coloca a la posible víctima en una situación difícil, ante la dificultad de objetivar una serie de datos básicos para caracterizar jurídicamente unos hechos.

El artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece la obligación de denuncia en el caso de tener constancia de un delito: Artículo 262.

*“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.*

*Los que no cumpliesen esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.*

*Si la omisión en dar parte fuere de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a ...”*

Este artículo 262 de la LEC, es la base de la obligación de emitir el parte de lesiones por parte del médico. Conviene recordar que el contexto histórico y científico en que se define por primera vez la emisión de este documento. En el primer tercio del siglo XX los conocimientos médicos, la ausencia del desarrollo de las especialidades médicas tal y como la conocemos actualmente y el contexto asistencial sanitario, permitía que un médico pudiera emitir el parte de lesiones con una información suficiente para que el juzgado iniciara las actuaciones pertinentes. La realidad actual dista mucho de la existente en el momento de la creación del parte de lesiones en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

## **EL PERSONAL SANITARIO COMO PERITO EN SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL. REPERCUSIONES SOBRE LAS VÍCTIMAS**

La sobrecarga asistencial de cualquier servicio de urgencia hospitalario y la acumulación de asuntos en los juzgados de instrucción son realidades cotidianas que definen una realidad donde no es posible exigir a los profesionales que realizan la asistencia sanitaria en un servicio de urgencias que dediquen un tiempo del que no disponen para la exploración y objetivación de lesiones sin interés asistencial (descripción detallada de las mismas, fotografías con testigos métricos y de color, recogida de indicios, almacenamiento adecuado de las ropas, etc.) y por otro lado cuando el Juzgado recibe el parte de lesiones va a transcurrir un tiempo precioso antes de que la víctima sea explorada por los servicios periciales (médico forenses). El derecho de cualquier víctima es

recibir una asistencia médica asistencial y pericial integrada y si es posible con las características de inmediatez y de continuidad que garanticen los mejores resultados con el menor coste emocional posible para la víctima.

La estructura de los servicios periciales mantiene una estrecha relación con los procesos de victimización, no solo por el efecto directo de las exploraciones y técnicas aplicadas durante el proceso de obtención de evidencias, sino por el efecto de la percepción subjetiva por parte de la víctima de una serie de procedimientos que en muchos casos no son percibidos como una ayuda a la resolución de su problema, sino como un proceso de verificación de sus manifestaciones y testimonio.

Son muchos los factores que intervienen y condicionan una cascada de respuestas que refuerzan la ansiedad dentro de un marco de incertidumbre. La incorporación de un sistema de apoyo psicológico es una herramienta útil y necesaria pero no suficiente la resolución de estos problemas.

La estructura de la medicina legal española mantiene las líneas maestras establecidas desde los comienzos del siglo XX, con la creación del cuerpo de Médicos Forenses. Las diferentes modificaciones legislativas, culminadas con la creación de los Institutos de Medicina Legal supone un esfuerzo de modernización encomiable aunque no resuelve totalmente los problemas. En nuestro país las actuaciones periciales médicas en el ámbito penal se realizan fundamentalmente fuera del contexto asistencial, en un gran porcentaje de los casos por profesionales médicos dependientes del Ministerio de Justicia (médicos forenses).

Las actuaciones medico periciales mantienen una independencia funcional del marco asistencial. Esta independencia tiene sus ventajas pero implica una serie de limitaciones, algunas de ellas muy importantes. El destinatario final de los servicios, en este caso la víctima, exige de las instituciones el esfuerzo necesario para recibir una respuesta adecuada a sus necesidades.

El sistema pericial español centrado en las instituciones del Ministerio de Justicia (Institutos de Medicina Legal etc.), y en sus profesionales, permite una respuesta pericial adecuada, pero no integra con las condiciones de inmediatez necesarias, el soporte asistencial precoz para la ayuda e identificación de los problemas de victimización que pueden requerir una respuesta asistencial sanitaria.

## **LA REALIDAD EN LA ACTUACIÓN SOBRE VÍCTIMAS ESPECÍFICAS. PROPUESTAS PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN**

Las agresiones sexuales, las agresiones de la violencia de género, los malos tratos a ancianos y a niños, establecen dos marcos paralelos de intervención uno el pericial y otro el asistencial sanitario que deben encontrar un espacio común que permita una respuesta integrada a las necesidades periciales y asistenciales.

Existen iniciativas en nuestro país en el tema de las agresiones sexuales, pero faltan en el resto de las situaciones antes enumeradas.

Los servicios sanitarios de urgencias, establecen un marco de respuesta asistencial poco adecuado para una actuación pericial precoz y adecuada. La presión asistencial y las prioridades terapéuticas no permiten en la mayoría de las agresiones una actuación pericial y una recogida de evidencias con el rigor necesario.

No se trata de convertir a un profesional sanitario que debe dar con la mayor rapidez posible una respuesta terapéutica en un experto en medicina legal y forense, se trata de diseñar, al menos en los servicios de urgencias hospitalarios donde se asiste a la mayoría de las víctimas de estos delitos, de unos equipos de respuesta integrada.

La creación de servicios de medicina legal hospitalaria, permitiría a las víctimas recibir una respuesta integral minimizando los efectos adversos y optimizando la obtención de las evidencias para la resolución de su caso.

Esta inmediatez de la respuesta permitiría en los casos que fuera necesario iniciar la respuesta asistencial con la precocidad necesaria para obtener los mejores resultados, se podrían recoger las evidencias gráficas y la realización de las exploraciones complementarias adecuadas para una reconstrucción correcta de la etiología de unas lesiones y el establecimiento de la data de las mismas (fotografías de las lesiones con los requerimientos técnicos adecuados, el examen de una escoriación con luz ultravioleta, un estudio termográfico, etc.). En algunos casos un retraso de 6 horas supone la pérdida irreversible de los datos necesarios, por ejemplo las marcas de una mordedura.

No se trata de que el médico forense de guardia acuda al hospital cuando es

llamado (el tiempo de respuesta puede superar los 30 minutos en una situación favorable), que para una víctima de abusos violentos puede convertirse en un tiempo excesivo mientras espera, sino de establecer un nuevo modelo de respuesta donde el profesional médico legal se encuentra en el hospital integrado en un servicio asistencial con todos los medios diagnósticos y con una serie de recursos específicos que le permiten una recogida de videncias y de información en los primeros momentos donde el rendimiento de la intervención será siempre mayor.

Además de conseguir una mayor eficiencia pericial estableceríamos una continuidad con el ámbito asistencial y la víctima mantendría la percepción de encontrarse bajo la cobertura asistencial sanitaria y sería posible en los casos necesarios iniciar la respuesta asistencial con la mayor rapidez posible.

Soy consciente que este modelo existente en otros países presenta dificultades en el nuestro, derivadas de la situación de la medicina legal y de lo que supondría que dos instituciones el Ministerio de Justicia y la administración sanitaria, que está transferida a las comunidades autónomas se coordinaran en un proyecto común. Pero creo que las víctimas merecen este esfuerzo.

En una situación de limitación económica como la actual, los argumentos del coste de creación de nuevos recursos adquieren un protagonismo, fácilmente comprensible. Sin embargo los criterios de eficacia deben ser los protagonistas de cualquier servicio público, sobre todo cuando hablamos de personas en una situación de especial vulnerabilidad como les ocurre a las víctimas de un delito. Por otro lado evaluar los costes derivados de la no resolución de muchos casos o las complicaciones derivadas de una pérdida de información por un retraso en una actuación pericial o el agravamiento de un problema de salud por el inicio tardío de una intervención asistencial son elementos que deben ser tenidos en cuenta en la evaluación de los costes.

Las estrategias de integración y de complementariedad en los servicios públicos deben pasar de ser un eslogan convertirse en una realidad objetiva. El protagonista de un servicio público es el usuario del mismo y no la institución de quien depende el servicio. Es básico recordar este punto a la hora de establecer el eje que debe vertebrar y articular el servicio público, en el caso de las víctimas, los dos principios de minimizar las consecuencias de nuestra actuación pericial y potenciar la solución de sus problemas son los

dos principales elementos de cualquier estructura.

Carezco de la ingenuidad suficiente para ser optimista en la espera de una reforma profunda, pero creo firmemente que a medio y largo plazo solo persistirán aquellas estrategias basadas en la resolución eficaz de los problemas, y espero que las reformas que nuestra situación actual requiere terminen siendo una realidad, como he dicho antes las víctimas merecen nuestro esfuerzo y exigen las mejores soluciones posibles.

## TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL DEL DAÑO MORAL EN LAS VÍCTIMAS DE ACOSO MORAL

Alfonso C. Aliaga Casanova<sup>1</sup>

### 1. INTRODUCCIÓN: LA “BORROSA FIGURA” DEL DAÑO MORAL

Cuando la jurisprudencia estudia la figura del daño moral emplea términos del tenor de « *vaporoso y discutible daño* »<sup>2</sup>.

*Vaporoso*, en la medida que el daño moral se identifica con el dolor, la angustia, la aflicción física o espiritual, la humillación, la frustración, el quebranto o ruptura en los sentimientos, lazos o afectos y, en general, los padecimientos que se han infligido a la víctima; y dichos elementos, son estados del espíritu, esto es, sensaciones dotadas de un intimismo indiscutible. Por tal motivo, es un daño que no es susceptible de una prueba objetiva ni de una apreciación tangible.

*Discutible*, porque no han faltado autores que han negado la posibilidad de resarcir el daño moral. Los argumentos que barajaban los que defendían tal postura eran de dos tipos: por un lado, los que afirmaban, desde esquemas estrictamente patrimonialistas, que la indemnización constituiría un enriquecimiento injusto<sup>3</sup> y por otro lado, los que razonaban en el sentido de que es imposible y contra la razón, reducir en dinero el interés relativo a bienes no patrimoniales como el honor. Tales argumentos están, hoy en día, claramente desterrados y superados, puesto que ningún enriquecimiento injusto puede haber cuando se tutela a la víctima frente a la lesión de un bien jurídico tutelado por el Derecho, ni cabe entender que la función del resarcimiento del daño moral es «comerciar» con el dolor, sino asegurar al dañado una utilidad sustitutiva que lo compense, en la medida de lo posible, de los sufrimientos morales y psíquicos padecidos.

Hoy en día la doctrina sobresaliente admite claramente la resarcibilidad del daño no patrimonial. En tal sentido, nos dice DE CASTRO «el reconocimiento, en base a los principios tradicionales, del carácter indemnizable del daño

---

<sup>1</sup> Secretario Judicial. Profesor de la Universidad de Murcia

<sup>2</sup> STS Sala 1ª de 22 de febrero de 2001 ( RJ 2001, 2242)

<sup>3</sup> Para un estudio más completo del tema, véase GARCÍA LÓPEZ, Rafael, *La Responsabilidad Civil por daño moral. Doctrina y Jurisprudencia*. Editorial Bosch, Barcelona, 1990, pp. 146-147

moral, es un descubrimiento jurisprudencial que cambia el panorama jurídico. Con él, se abre paso a la consideración y protección de los bienes jurídicos de la personalidad en general»<sup>4</sup>. Por su parte, HERNANDEZ GIL, considera la responsabilidad civil derivada del daño moral y la consiguiente indemnización del mismo como un principio general del derecho con vigencia universal, especialmente acusada en el sector del Derecho Comparado, que representa el Derecho anglosajón.<sup>5</sup>

En la jurisprudencia se superó el rechazo de la indemnización de los daños morales a partir de la sentencia del TS de 6 diciembre 1912 que condenó a un periódico por publicar una noticia falsa atentatoria al derecho al honor. Dicha celebre sentencia de principios de siglo es un punto de inflexión en la materia, puesto que se acepta a partir de entonces que hay ciertos daños, que pese a los obstáculos e imperfecciones de su reparación económica, es mejor no dejar de compensar. En concreto, en dicha sentencia se afirma que *«al someter el daño moral causado a compensación pecuniaria no (se) confunde (...) —señaló la STS citada— las atribuciones del Poder Judicial con las del Poder legislativo (...), porque el juzgador, valiéndose de las reglas de equidad que son máximas elementales de justicia universal, se limita, como intérprete de la ley, a explicar mejor principios jurídicos más o menos clara y distintamente expuestos, pero ya preexistentes, que definen el daño en su diversas manifestaciones para justificar (...) una indemnización pecuniaria, que, si nunca es bastante como resarcimiento absoluto de ofensas tan graves, al fin es la que se aproxima más a la estimación de los daños morales causados (...)»*

De hecho, se aprecia, hoy en día, un criterio aperturista de la jurisprudencia, que pese a reconocer el daño moral como una noción imprecisa, admiten la indemnización del mismo no sólo en lesiones de derecho de la personalidad sino también en otros ámbitos. Ahora bien, como señala la STS de 30 de julio de 2001 ( RJ 2001, 5183) «Las sentencias de esta Sala (de lo civil) han reconocido que el daño moral constituye un noción dificultosa (S. 22 mayo 1995), relativa e imprecisa ( SS. 14 diciembre 1996 y 5 octubre 1998 [ RJ 1998, 8367] )... adoptándose una orientación cada vez más amplia, con clara superación de los criterios restrictivos que limitaban su aplicación a la concepción clásica del “*pretium doloris*” y los ataques a los derechos de la personalidad (S. 19 octubre de 1998). Ciertamente que todavía las hipótesis más

numerosas se manifiestan en relación con las intromisiones en el honor e intimidad (donde tiene reconocimiento legislativo), los ataques al prestigio profesional ( Sentencias 28 febrero y 14 diciembre 1994 y 21 octubre 1996 [ RJ 1996, 7235] ), propiedad intelectual (igualmente con regulación legal), responsabilidad sanitaria (Sentencias 22 mayo 1995, 27 enero 1997, 28 diciembre 1998 y 27 septiembre 1999 y culpa extracontractual (accidentes con resultado de lesiones, secuelas y muerte), pero ya se acogen varios supuestos en que es apreciable el criterio aperturista (con fundamento en el principio de indemnidad), ora en el campo de las relaciones de vecindad o abuso del derecho, ( S. 27 julio 1994 [ RJ 1994, 6787] ), ora con causa generatriz en el incumplimiento contractual ( Ss. 12 julio 1999, 18 noviembre 1998, 22 noviembre 1997 [ RJ 1997, 8097] , 20 mayo 1996 [ RJ 1996, 3793] y 21 octubre 1996 [ RJ 1996, 7235] )».

Ahora bien, la mencionada STS de 30/7/2001 termina señalando que tal criterio aperturista, «sin embargo, no permite pensar en una generalización de la posibilidad indemnizatoria». Se trata de evitar con ello lo que se ha denominado « el escándalo del daño moral»<sup>6</sup>, esto es, que se monten con frecuencia reclamaciones en las que, a la par que se exige la indemnización del daño y perjuicio, se vienen a añadir insólitas pretensiones de un supuesto daño moral, que no es tal.

Sin embargo, en nuestro caso, esto es, en los supuestos de acoso moral, no procede hablar de descaro cuando se ejercitan reclamaciones por daño moral. Recordemos que son, elementos básicos del acoso moral, de una parte, la intencionalidad o elemento subjetivo, orientado a conseguir el perjuicio moral de otro, requisito éste, siempre exigido en este irregular comportamiento o actitud y, de otra parte, el elemento objetivo, consistente en la reiteración de esa conducta de rechazo que se desarrolla de forma sistemática durante un período de tiempo. El calificativo de moral de este anómalo proceder humano viene a destacar la peculiaridad teleológica y mediática de este tipo de acoso: se trata de una acción tendencialmente encaminada a conseguir el desmoronamiento íntimo y psicológico de la persona y llevada a cabo por medio de presiones reiteradas, fundamentalmente, de índole moral.

Por tal motivo, en los supuestos de acoso moral el primer y principal bien jurídico afectado es el derecho fundamental a la integridad moral como

4 DE CASTRO Y BRAVO, F., Temas de Derecho Civil, Madrid, 1972, pág. 9.

5 HERNANDEZ GIL, A., Derecho de Obligaciones, CEURA, Madrid, 1983, p. 115.

6 Esta línea jurisprudencia se recoge en la STS Sala 1ª, S 22-2-2001, núm. 139/2001, rec. 358/1996 ( RJ 2001, 2242)

valor autónomo, independiente del derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad o al honor, radicando su esencia en la necesidad de proteger la inviolabilidad de la persona. En el acoso moral trata de someter a la víctima, de forma intencionada, a una situación degradante de humillación e indignidad para la persona humana. Pese a lo cual, y dada la imprecisión y vaporosidad del daño moral, la jurisprudencia no ha entendido que automáticamente ante una situación de acoso moral proceda una indemnización por tal tipo de daño. Como señala JURADO SEGOVIA « *Esta situación viene probablemente de la mano conjunta de dos factores. De un lado, como se vio, el hecho de que en ocasiones se haya identificado el daño moral como el que se traduce en un sufrimiento o impacto psicológico, cuando no directamente con el daño la integridad psíquica. Y, por otro lado, la existencia de una jurisprudencia que ha llevado a entender que la vulneración de los derechos fundamentales de la persona en el ámbito laboral no conlleva automáticamente el reconocimiento de un daño moral.* »<sup>7</sup>

Visto lo cual, parece imprescindible examinar en los casos de acoso moral qué requisitos probatorios exige la jurisprudencia para conceder indemnización y, en su caso, qué criterios sigue para fijar el montante económico de la misma. Todo ello debe ir precedido de una delimitación conceptual del daño moral y de una previa reflexión sobre sí, más allá del estado actual de la jurisprudencia y legislación, el daño moral es, en realidad, consecuencia necesaria de los actos de hostigamiento moral.

## 2. CONCEPTO Y ELEMENTOS DE DAÑO MORAL

La jurisprudencia<sup>8</sup> ha fijado el concepto del daño moral tanto en su vertiente negativa, esto es, distinguiéndolo de los daños materiales y corporales, como positiva, es decir, fijándose en los aspectos humanos a los que afecta.

Así en su **integración negativa**, por daño moral se entiende en la jurisprudencia toda aquella detracción que sufre el perjudicado damnificado y que supone una inmisión perturbadora de su personalidad que, por naturaleza, no cabe incluir, en los daños materiales porque éstos son aprehensibles por su propia caracterización y, por lo tanto, traducibles en su «quantum»

económico, sin que sea preciso ejemplarizar el concepto; tampoco pueden entenderse dentro de la categoría de los daños corporales, porque éstos por su propio carácter, son perfectamente sensibles, y también, por una técnica de acoplamiento sociocultural, traducibles en lo económico...

En cuanto a su **integración positiva**, sigue afirmando la mencionada jurisprudencia que por daños morales habrá de entenderse categorías anidadas en la esfera del intimismo de la persona, y que, por ontología, no es posible emerjan al exterior, aunque sea factible que, habida cuenta la ocurrencia de los hechos (en definitiva, la conducta ilícita del autor responsable) se puede captar la esencia de dicho daño moral, incluso, por el seguimiento empírico de las reacciones, voliciones, sentimientos o instintos que cualquier persona puede padecer al haber sido víctima de una conducta transgresora fundamento posterior de su reclamación por daños morales.

En esta idea cabe comprender aspectos tan difusos para su perceptibilidad jurídica, pero, sin lugar a dudas, de general acaecimiento y comprensión dentro del medio social, los siguientes:

1º) Toda la gama de sufrimientos y dolores físicos o psíquicos que haya padecido la víctima a consecuencia del hecho ilícito (o hasta haber sido víctima de un ataque a su prestigio y reputación artística como en el caso enjuiciado por la Sentencia 21 de octubre de 1996 [ RJ 1996, 7235] ); si por las características de la gravedad de la lesión, con su residuo de secuelas vitalicias, se origina un componente de desquiciamiento mental en el así lesionado, también es posible que ello integre ese daño moral...

2º) Puede ser también aspecto integrador de ese daño moral, cualquier frustración, quebranto o ruptura en los sentimientos, lazos o afectos, por naturaleza o sangre que se dan entre personas allegadas fundamentalmente por vínculos parentales, cuando a consecuencia del hecho ilícito, se ve uno de ellos privado temporal o definitivamente de la presencia o convivencia con la persona directamente dañada por dicho ilícito, o por la situación deficitaria o de auténtica orfandad en que pueden quedar ciertas personas por las lesiones por la muerte de sus parientes más cercanos, por ejemplo, en el supuesto de una relación parental intensa, la pérdida del padre con respecto a los hijos, o a la inversa y demás parientes, o incluso, a veces, por relaciones de propia amistad o convivencia, o cuando dichas personas conviven tan estrechamente que se crean lazos pseudo-parentales; ahora bien, se puntualiza que en la

<sup>7</sup> JURADO SEGOVIA, Ángel, JURADO SEGOVIA, Ángel, « *Los daños derivados del acoso moral en el trabajo: tipología y valoración* », op. cit.

<sup>8</sup> Así, GÓMEZ POMAR, Fernando, «El daño moral», en *InDret* 1/00.

integración de este daño moral, lo que se trata de incorporar a este concepto no son las privaciones materiales o alimenticias que, a consecuencia de dichas lesiones o muerte, pueden padecer las personas o supervivientes que estuviesen bajo la tutela, custodia o el estipendio económico del lesionado o fallecido, porque obvio es, que tales contingencias se ubicarán dentro del campo de los daños corporales en general, o materiales en su modalidad de perjuicios; y es que lo que se pretende sustantivizar como daño moral es el dolor inferido o el sufrimiento, tristeza, angustia o soledad padecida por las personas que ante ese hecho ilícito, se ven privadas de la vida de esos seres tan allegados y con lazos tan intensos.

En la doctrina se distingue, además, entre daño moral «directo» y daño moral «indirecto» partiendo de la naturaleza de los intereses jurídicos afectados. En este sentido el daño moral es directo «si lesiona un interés tendiente a la satisfacción o goce de un bien jurídico no patrimonial»; el daño moral será indirecto «si la lesión a un interés tendiente a la satisfacción o goce de bienes jurídicos patrimoniales, produce, además, el menoscabo a un bien no patrimonial».

Para delimitar debidamente el daño moral, resulta interesante la clasificación tripartita que desde hace varias décadas se viene efectuando en el ordenamiento italiano, distinguiéndose entre los daños patrimoniales y daños personales y, dentro de éstos últimos, entre el daño biológico o a la salud y el daño moral.

El daño a la salud y el daño moral, tienen en común su naturaleza extrapatrimonial y, por tanto, su imposible valoración y estimación siguiendo criterios de mercado. No se deben confundir, sin embargo, los perjuicios sobre la integridad psicofísica con otros daños que recaen sobre el acervo espiritual del individuo, como la aflicción del ánimo o el sufrimiento subjetivo derivado del hecho de saberse dañado o con otros daños residenciados también en la esfera inmaterial e íntimamente vinculados a aquellas conductas que menoscaban los derechos esenciales de la persona, se haya visto o no afectada la integridad física y/o psíquica. Como señala JURADO SEGOVIA, el equívoco entre el daño a la integridad psíquica y los daños morales trae causa seguramente en el elevado grado de indeterminación conceptual de estos últimos y, desde un punto de vista tal vez puramente semántico, en el hecho de que la jurisprudencia haya definido en ocasiones el daño moral como el «impacto o sufrimiento psicológico» que

determinados acaecimientos generan en las personas.<sup>9</sup>

Por otro lado, algunos autores<sup>10</sup> hacen un análisis económico del derecho, y destacan que, en economía, dañar es hacer disminuir la utilidad del individuo dañado. Partiendo de tal análisis económico, los daños patrimoniales se diferencian de los daños morales en función de la muy distinta aptitud que el dinero tiene, en uno y en otro caso, para restaurar la utilidad perdida:

- a) El daño patrimonial provoca una disminución de utilidad que es compensable con dinero o con bienes intercambiables por dinero.
- b) El daño no patrimonial o moral, por el contrario, implica una reducción del nivel de utilidad que ni el dinero, ni bienes intercambiables por éste, pueden llegar a compensar: todo el oro del mundo no basta para reemplazar el sufrimiento experimentado por el velocista que queda tetrapléjico como consecuencia de un accidente.

Pasando al examen de los elementos del daño moral, apunta MACÍA GÓMEZ<sup>11</sup> que en la imposibilidad de contar con bases de datos estadísticos, baremos o tablas destinadas a prestar información al Juez, se pueden considerar, por lo menos, las siguientes pautas generales en las que se estructura, y tiene sus elementos esenciales, el daño moral:

- El impacto moral del hecho sobre la víctima.
- Las consecuencias exteriorizables de la lesión física o psíquica, permanentes o temporales, parciales o totales.
- Las condiciones personales de la víctima, en especial sus facultades de recuperación.
- El tiempo de postración, incapacidad o convalecencia.
- El dolor físico cargado por el acto ilícito.

Dicho lo cual, y teniendo en cuenta que, por su propia definición, el daño moral es algo tan específico, íntimo y personal, tan ligado al caso concreto, resulta imposible definir y categorizar los elementos que integran el daño moral. Quizás, por ello, nos es más fácil para un jurista enumerar los elementos por los cuales se exterioriza el daño moral. De esta forma podremos tener un

9 MACÍA GÓMEZ, Rafael, «El daño moral: concepto, elementos y valoración», en [www.derecho.com](http://www.derecho.com), enero 2009.

10 Seguimos en este punto a MACÍA GÓMEZ, «Concepto y evaluación del daño moral», op.cit.

11 VARELA AUTRÁN, Benigno, «El acoso moral o mobbing en el trabajo», *Constitución y justicia social. Cuadernos de Derecho Judicial V-2003*, Consejo General del Poder Judicial

medio objetivo que acredite de alguna manera su existencia.

Así, son elementos que normalmente exteriorizan la existencia de un daño moral los siguientes:

- el sentimiento de ausencia, de nostalgia, respecto a una persona apreciada,
- el sentimiento de ausencia, de nostalgia, respecto a un objeto apreciado.
- el sentimiento de ausencia, de carencia, de una aptitud física evaluable.
- el sentimiento de ausencia, de carencia, de una aptitud psíquica evaluable, el sensación de la pérdida, irrecuperable, de una expectativa, las repercusiones físicas o sicosomáticas, la sensación, duradera, de inseguridad, el sentimiento de depresión de la autoestima,
- la limitación de las expectativas sociales ya adquiridas, el sentimiento de la dignidad vejada, el sentimiento de la privacidad violada, los sentimientos de pena, vergüenza, culpabilidad o inferioridad, el sentimiento de incapacidad, ante determinados eventos, subjetivo u objetivo, las conductas compulsivas originadas con el daño sufrido, síndromes de ansiedad y/o ansioso-depresivos, alteraciones del sueño, consumo compulsivo o adicción a fármacos o drogas, el síndrome permanente por demostrar la inveracidad de lo acontecido, la inseguridad o la incapacidad para intervenir o debatir sobre determinados aspectos, el deshonor, público o particular, el aminoramiento de la garantía personal ante terceros, y, en general, cualquier efecto constatado de la íntima confianza, la seguridad personal, la sensación del desintegramiento de la propia estructura personal, acompañado de un íntimo descrédito respecto a uno mismo, que se exteriorice o no de forma apreciable por terceros, es decir un decrecimiento de la autoestima o de la heteroestima, en general.

### 3. EL DAÑO MORAL COMO ELEMENTO INTRÍNSECAMENTE UNIDO AL ACOSO MORAL

Se señala en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Guipúzcoa de 15 de julio de 2005 (JUR 2005\174855) en relación con el acoso moral que «El efecto derivado para la víctima es la quiebra del sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos. Supone la pérdida de la confianza básica, una conmoción del cimiento vital.» Como hemos indicado anteriormente, se trata de someter a la víctima, de forma intencionada, a una situación degradante de humillación e indignidad para la persona humana.

La gravedad de la conducta hostigadora del acoso moral se evidencia en que siempre que acaezca se van a ver lesionados derechos fundamentales de la víctima que tienen su amparo en la Constitución Española.

Así, en primer lugar se verá afectado el Derecho a la dignidad de la persona. El artículo 10 de la Constitución Española es aquel por el que comienza a modo de prefacio el Título I de la misma, denominado «De los derechos y deberes fundamentales» y establece en su primer apartado que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son el fundamento del orden político y de la paz social.

Con respecto al derecho a la dignidad hemos de indicar que algunos autores lo señalan como el principal derecho fundamental trasgredido. En este sentido, VARELA AUTRAN<sup>□</sup> señala que «*La dignidad personal se revela, por tanto, como un derecho troncal dentro del ámbito de los que corresponden al hombre por el simple hecho de serlo. Es, tal vez, junto al derecho a la vida, el primero y más importante derecho humano, si se tiene en cuenta que todos los demás, que se reconocen como fundamentales, siempre tienen como punto de referencia la dignidad del ser humano. El hombre como ser racional, llamado a convivir en sociedad con sus semejantes, precisa, ineludiblemente, de esa consideración básica de su dignidad como persona. Este presupuesto imprescindible de convivencia entre seres, esencialmente, iguales, es el que debe propiciar el normal desarrollo de todo tipo de relación humana sea ésta familiar, social o profesional. En el acoso moral lo que se advierte, en todo caso, es un desprecio hacia la persona del acosado, al que se humilla injustamente, haciéndole víctima de una íntima coacción psicológica de todo punto inadmisibile y facilitando, con ello, el aislamiento de esa persona que sufre, consecuentemente, un claro demérito en la normal convivencia con los demás.*» Pero, debe tenerse en cuenta que el TC afirma que tal derecho por sí mismo no es susceptible de invocación directa ante el TC en un recurso de amparo sino que se trata de un derecho fundamental interpretador de los derechos fundamentales que si se encuentran protegidos por el proceso de amparo. Se ha definido la dignidad personal por el TC como un valor espiritual y moral inherente a la persona que se manifiesta singularmente la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás. Expresamente se protege, entre los derechos laborales, el respeto a la consideración debida a la dignidad del trabajador, que es un derecho de todo trabajador, de acuerdo

con el artículo 4.1 e) del Estatuto de los Trabajadores, en el art. 4.2. e) y en el art. 20.3 del ET.

Por tanto, fundamentalmente, en los casos de acoso moral se ve afectado el Derecho a la integridad moral recogido en el artículo 15 de la Constitución Española. El Tribunal Constitucional ha precisado que mediante este derecho se protege la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o su espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular. Se constituye la integridad moral junto a la integridad física en el instrumento jurídico de protección de la dignidad de la persona, sus derechos inherentes y el libre desarrollo de su personalidad moral. La invocación de dicho artículo 15 CE proporciona base jurídica suficiente para invocar el derecho de toda persona a recabar su restablecimiento moral y su prestigio social. Incluso, en el caso de bullying o acoso escolar, el impacto es más significativo en víctimas adolescentes, dada su lábil personalidad, inmersas en un proceso de maduración gradual que eleva la percepción personal de fragilidad y, correlativamente, intensifica las necesidades de seguridad emocional en el entorno que le envuelve.

Por otro lado, el acoso moral atenta contra el Derecho al honor recogido en el artículo 18, pues la persona que es víctima del mismo no sólo lo sufre en su interior, en su psiquis, sino que además desmerece en la consideración que los demás, que el grupo social o laboral tienen de ella. El derecho constitucional al honor protege a la persona de ser escarnecido o humillado ante sí mismo o ante los demás.

Otros derechos fundamentales, no siempre, pero eventualmente se pueden ver lesionados. Baste citar el derecho al secreto de las comunicaciones del art. 18.3 Constitución Española (vgr. cuando se vulnera la correspondencia del trabajador incluida la telemática) o el derecho a la integridad física del art. 15 Constitución Española (vgr. en casos, de agresión física).

Con el *mobbing* o acoso laboral, asimismo, se viola el precepto 35.1 de la Constitución, que dispone que todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia. El derecho al trabajo, a la libre elección de profesión y la promoción a través del trabajo se vulneran con el acoso laboral,

atentando no solo contra el sustento personal o familiar, sino con la necesidad de desarrollo personal en la sociedad. Es cierto que el art. 35 se encuentra en la Sección 2ª del capítulo II del Título I de la Constitución y que propiamente no es un derecho fundamental susceptible de amparo, pero no olvidemos que es un derecho constitucional prioritario vulnerado con el *mobbing*. En igual sentido, fuera del ámbito propio de los derechos fundamentales, pero como valores básicos que permiten dar pie a una fundamentación jurídica se puede citar el art. 40.2 de la Constitución que establece que se velará por la seguridad e higiene en el trabajo y el art. 43 que proclama el derecho a la protección de la salud.

Dicho lo cual, el ataque que supone el acoso moral a bienes jurídicos tan esenciales como son la dignidad humana y el derecho a la integridad moral, permite, a nuestro juicio, concluir que como efecto necesario de dicho anómalo proceder humano se producirá siempre el daño moral de la víctima, puesto que ésta se habrá sentido humillada y denigrada tras un largo proceso donde la persona, progresivamente, va perdiendo su autoestima y la seguridad en sí misma.

De hecho, si nos fijamos en el artículo 7 de la LO 3/2007, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, en el mismo, en relación con un supuesto específico de acoso, cual es el acoso sexual, se dispone que:

«1. Sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal, a los efectos de esta Ley constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

2. Constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo».

Se ha comprobado, que el acoso es una forma de violencia hacia la mujer, ocasionando por tanto un daño psíquico, y evidentemente daño moral (Estudio de INMARK). Las víctimas de los delitos de acoso sexual crean un cuadro similar al síndrome de la mujer maltratada. La conducta de acoso supone pues un estrés emocional que conlleva a la aparición primero de un cuadro de

ansiedad que puede evolucionar hacia alteraciones de mayor intensidad y más estabilidad en el tiempo, similares a las lesiones psicológicas.

Pese a ello, veremos como la jurisprudencia actual no reconoce automáticamente una indemnización por daño moral cuando se acredita una situación de acoso moral. Ello es debido al esquema básico del funcionamiento de la responsabilidad civil en nuestro sistema jurídico que exige la prueba del daño y la relación de causalidad con la conducta del culpable para que surja la obligación de indemnizar, pero que no nos debe llevar a engaño.

Ahora bien, los derechos esenciales o inherentes a la persona no quedan simplemente restituidos con el reconocimiento de su vulneración, pues ello va contra la doctrina constitucional que considera que la protección de los derechos fundamentales no puede ser un acto meramente ritual o simbólico. No se debe confundir daño psicológico y daño moral, ni rehuir la compensación de éste último, puesto que es éste el que está íntimamente ligado al derecho fundamental a la integridad moral, inherente a la persona lesionada por la conducta de acoso.

Dicho lo cual y con dicha mentalidad, debemos pasar a examinar los requisitos probatorios que se exigen por la jurisprudencia para estimar probado el daño moral.

#### 4. LA PRUEBA DEL DAÑO MORAL

A pesar de lo que pudiera pensarse a bote pronto, debemos tener en cuenta que en todos los órdenes jurisdiccionales, acreditado el acoso moral, no se presume la existencia de un daño moral.

Así en **el orden civil**, rige la norma que la carga de la prueba del daño en cuanto a su ocurrencia y cuantificación incumbe a la persona que la reclama. En este sentido, la famosa y reciente SAP Alava, Sección 1ª, de 27 de mayo de 2005 –AC 2005\1902-)¹² en un caso de bullying o acoso escolar señala que «*Cierto es que tanto en un aspecto como en otro, el problema del daño moral transitará hacia la realidad económica de la responsabilidad civil, por lo que habrá de ser -en lo posible- objeto de la debida probanza, demostración o acreditamiento por parte del perjudicado, aclarándose, ante*

*la posible equivocidad derivada del anterior estudio, que si bien dentro del campo en que se subsume este daño moral, inicialmente, en la responsabilidad extracontractual, la carga de la prueba incumbe al dañador o causante del ilícito, que ha de acreditar su conducta exonerativa o que el ilícito no se ha producido por una conducta responsable, no debe olvidarse que en tema de daños y como criterio general rige que la carga de la prueba en concreto, en cuanto a su ocurrencia y cuantificación, incumbe siempre a la persona que pretende su resarcimiento, esto es, que tanto en una responsabilidad como en otra, la existencia del daño y su cuantía habrán de demostrarse de forma indiscutible o indubitada por la persona que reclama la correspondiente responsabilidad y resarcimiento; por tanto, dentro del daño moral será justamente la víctima quien acredite, o por lo menos, exponga o exteriorice la realidad de todos estos conceptos que han integrado el instituto: ese sufrimiento, ese dolor, esa zozobra, esa inquietud, esa desazón, esa ruptura de lazos afectivos, esa soledad, esa orfandad; y sin ubicar estas sensaciones, dotadas de un intimismo indiscutible, de la suficiente cobertura jurídica para, incluso, con apoyo en una especie de estadística sociológica, poder cimentar su integración tangible en la responsabilidad de este vaporoso y discutible daño. Se decía al punto, entre otras, en Sentencia 21 de octubre de 1996: «... Si bien es cierto que el precepto civil 1106 CC ( LEG 1889, 27) establece la forma normativa para regular los daños y perjuicios de condición exclusivamente material, no lo es menos ante la concurrencia de efectivos daños de no apreciación tangible -los llamados daños morales-, cuya valoración no puede obtenerse de una prueba objetiva, habiendo resuelto la jurisprudencia de esta Sala (desde la antigua S. 19-12-49 [ RJ 1949, 1463] y posteriores de 22-4-83 [ RJ 1983, 2118] , 25-6-84 [ RJ 1986, 1145] , 3-6-91 [ RJ 1991, 4407] , 27-7-94 [ RJ 1994, 6787] y 3-11-95 [ RJ 1995, 8353] , entre otras), que su cuantificación puede ser establecida por los Tribunales de Justicia teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes...».* »

En parecidos términos, hay que tener en cuenta que, en el ámbito laboral, frente a una situación de acoso moral que implique la vulneración de derechos fundamentales, no se reconoce automáticamente la indemnización. Así, superando un criterio objetivo inicial¹³, la Sala de lo Social del TS ha entendido finalmente que lesión del derecho fundamental no comporta necesariamente indemnización de daños y perjuicios, sino que han de alegarse y acreditarse

¹² Criterio seguido y citado en SAP de Madrid, Sección 10ª, de 18 Dic. 2008.

¹³ SSTs 09/06/93 -rcud 3856/92-; y 08/05/95 -rco 1319/94

los elementos objetivos en los que se basa el cálculo de aquéllos<sup>14</sup>. Y al efecto se argumenta, desde el punto de inflexión que supone la STS 22/07/96 [-rco 7880/95-], que lo establecido en los arts. 15 LOLS y 180.1 LPL «no significa, en absoluto, que basta con que quede acreditada la vulneración de la libertad sindical, para que el juzgador tenga que condenar automáticamente a la persona o entidad conculcadora al pago de una indemnización. Estos preceptos no disponen exactamente esa indemnización automática, puesto que de lo que en ellos se dice resulta claro que para poder adoptarse el mencionado pronunciamiento condenatorio es de todo punto obligado que, en primer lugar, el demandante alegue adecuadamente en su demanda las bases y elementos clave de la indemnización que reclama, que justifiquen suficientemente que la misma corresponde ser aplicada al supuesto concreto de que se trate, y dando las pertinentes razones que avalen y respalden dicha decisión; y en segundo lugar que queden acreditados, cuando menos, indicios o puntos de apoyo suficientes en los que se pueda asentar una condena de tal clase» (así, la STS 24/04/07 -rcud 510/06 -).

Por otro lado, en el ámbito contencioso, la prueba del daño deviene imprescindible al establecerse un sistema de responsabilidad objetiva. La responsabilidad de la Administración no se apoya en el criterio de la culpa, sino en el de la lesión (daño antijurídico, que el particular no tenga el deber de soportar), pasando a ocupar un lugar relevante la relación de causalidad. Esto se aprecia cuando se examinan los requisitos fijados por la jurisprudencia para que surja la responsabilidad patrimonial de la administración y que, por ejemplo, la STS Sala Tercera de fecha 4 de noviembre de 1997 concreta en:

Que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar y que sea real, concreta y susceptible de evaluación económica;

Que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión,

Y que no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor.

Citemos en el ámbito de la jurisdicción contenciosa, por todas una sentencia que reconoce que también es indemnizable el daño moral, pero siempre que haya sido alegado y probado, en concreto la STSJ Galicia, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 1ª, de 19 de enero de 2005 «La extensión de la obligación de indemnizar responde, según se deduce de lo dispuesto en los artículos 106.2 de la Constitución Española y 139.1 de la Ley 30/1992 citada, al principio de la reparación “integral”. De ahí que la reparación afecte a todos los daños alegados y probados por el perjudicado, esto es, no sólo a los posibles intereses económicos o directamente valuables, como el daño emergente o el lucro cesante -artículo 1106 del Código Civil-, aunque excluyendo las meras expectativas o ganancias dudosas o contingentes, sino comprendiendo también perjuicios de otra índole, como, por ejemplo, las secuelas o el daño moral o, con carácter más general, el denominado pretium doloris (Sentencias del Tribunal Supremo de 16 de julio de 1984; 7 de octubre o 1 de diciembre de 1989), concepto éste que reviste una categoría propia e independiente de las demás, y comprende tanto el daño moral como los sufrimientos físicos y psíquicos padecidos por los perjudicados (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de febrero de 1988).

Visto que la jurisprudencia sigue con el esquema, en cuanto a la prueba del daño moral, que como todo este daño también debe ser probado por quien lo invoca como fundamento de la acción reparadora. Surge siempre el interrogante ¿qué es lo que se prueba? ¿Puede probarse el dolor psíquico o moral de una persona, cuando se supone que este se encuentra radicado en lo más profundo del ser?. Aún más, el Juez fundamentando su decisión en una base de pericias psiquiátricas o psicológicas, siempre habrá un cierto riesgo de apreciación subjetiva.

Tal dificultad probatoria no puede llevar a que, en los casos de acoso moral, en los que se atenta gravemente contra el bien de la integridad moral, quede sin la debida compensación el daño moral; así pues, debe tenerse en cuenta que en estos casos no se puede exigir una prueba objetiva, sino que bastará una prueba indiciaria.

Para evitar que, por la dificultad probatoria en el caso del daño moral, queden sin compensación tales daños en el caso del acoso moral, viene al caso citar aquí el art. 9.3 de LO 1/1982, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, a cuyo tenor «la existencia de perjuicio se presumirá siempre que se acredite la intromisión ilegítima. La

<sup>14</sup> Entre otras, SSTS 22/07/96 -rco 7880/95-; 20/01/97 -rcud 2059/96-; 02/02/98 -rcud 1725/97-; 09/11/98 -rco 1594/98-; 28/02/00 -rcud 2346/99-; 23/03/00 -rcud 362/99-; 17/01/03 -rcud 3650/01-; 21/07/03 -rcud 4409/02-; 06/04/04 -rcod 40/03.

*indemnización se extenderá al daño moral que se valorará atendiendo a las circunstancias del caso y a la gravedad de la lesión efectivamente producida (...)*». Como señala YZQUIERDO TOLSADA<sup>15</sup> las dificultades probatorias de daños consistentes en intranquilidad, angustia, zozobra, etc., que no admiten una valoración en términos de mercado se consideran las razones que están detrás de este mandato legal.

Por otro lado, la Ley 51/2003, relativa a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad, tras recoger una noción de acoso relacionada con esta causa de discriminación en su artículo 7, apartado a, en punto a la tutela judicial viene a disponer lo siguiente: «(...) *La indemnización por daño moral procederá aun cuando no existan perjuicios de carácter económico y se valorará atendiendo a la circunstancias de la infracción y a la gravedad de la lesión*» (art. 18.2).

Coincidimos con JURADO SEGOVIA<sup>16</sup>, que no parece que existan inconvenientes para que en los supuestos de acoso moral, en los que se ve vulnerado un bien jurídico —la integridad moral— de la misma naturaleza que el derecho al honor, a la intimidad o la no discriminación por razones de discapacidad, puedan seguirse, analógicamente, estas pautas normativas. Debe, en tales casos, a nuestro juicio cambiarse el esquema tradicional de la carga de la prueba y una vez acreditado el hecho objetivo, esto es, la lesión o violación de un bien jurídico como es el derecho a la integridad moral, mediante una acción antijurídica y existiendo una determinación del sujeto responsable, corresponde, entonces, a éste acreditar que su acción dañosa, objetivamente, no ha provocado lesión o daño alguno moral.

Siguiendo tal solución, entenderíamos, en el ámbito laboral, que la prueba de la propia conducta de acoso satisface la exigencia de la doctrina unificada del TS relativa a que se acrediten, cuanto menos, indicios o puntos de apoyo en los que puedan asentarse una condena indemnizatoria por daño moral.

De hecho, la reciente LO 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, si bien limitado al caso en el que el trabajador haya sufrido discriminación, ha introducido un nuevo apartado en el art. 181 LPL que parece

seguir este criterio interpretativo esbozado puesto que dispone que «*cuando la sentencia declare la existencia de vulneración, el Juez deberá pronunciarse sobre la cuantía de la indemnización que, en su caso, le correspondiera al trabajador por haber sufrido discriminación, si hubiera discrepancia entre las partes*».

La lástima es que esta disposición incurre en una defectuosa redacción y ya está dando lugar a interpretaciones contradictorias. Así, un sector de la doctrina entiende que con la expresión «*la cuantía de la indemnización que, en su caso, correspondiera*», el legislador parece situarse en la línea de la actual jurisprudencia que exige que queden mínimamente probados unos daños<sup>17</sup>. Por el contrario, otro sector doctrinal entiende que la expresión «*el juez deberá pronunciarse*» supone rectificar esa jurisprudencia y un retorno a la tesis de la automaticidad de la indemnización<sup>18</sup>, si bien será preciso por ser justicia rogada que el actor en la demanda interese una indemnización y el demandado se oponga, tal y como se deduce del inciso final que alude a «*si hubiera discrepancia entre las partes*».

Hace falta, pues, todavía, para conseguir la segura aplicación jurisprudencial de la solución propuesta, una reforma legal más amplia y clara, que recoja en todos los casos de acoso moral, una presunción de daño moral *iuris et de iure*, a la manera que se recoge en la Ley Orgánica de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 1982.

Dicho lo cual, tampoco cabe olvidar que la Jurisprudencia tiene declarado que si bien los daños y perjuicios han de ser probados y derivados del incumplimiento, cabe establecerlos por presunciones, si el enlace es lógico, (SSTS de 5 de junio de 1985 (RJ 1985, 3094) y 17 de septiembre de 1987 (RJ 1987, 6063), citadas por la de 29 de mayo de 2003 (RJ 2003, 3914) ), no estimando necesaria la prueba de los daños cuando de los hechos demostrados o reconocidos por las partes en el pleito se deduzcan necesaria y fatalmente la existencia de un daño, siendo que, además, en materia de valoración de daños morales, y a diferencia de los derivados de gastos ó pérdidas económicas, el principio de la facilidad probatoria, con arreglo al cual se viene interpretando el precitado artículo 217, informa de la necesidad de recurrir, en última instancia, y cualesquiera que sean los soportes probatorios materiales que traten de sustentarlos, al juicio de razonabilidad que proporciona la lógica, la experiencia y el criterio humano y fin

17 DE LA PUEBLA PINILLA, A.: «Dimensión laboral de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres», RL, n.º 8, 2007, p. 104.

18 MOLINA NAVARRETE, C.: «El impacto laboral de la "ley de igualdad de sexos": lo que queda después de vender el "humo político"», Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF, n.º 290, 2007, p. 154.

15 YZQUIERDO TOLSADA, M.: «Daños a los derechos de la personalidad (honor, intimidad y propia imagen)», (AA.VV.): *Tratado de Responsabilidad Civil*, Aranzadi, Pamplona, 2002, p. 1239.

16 JURADO SEGOVIA, Angel, « Los daños derivados del acoso moral en el trabajo: tipología y valoración » op. cit.

de apreciar, en la circunstancias concretas concurrentes, la realidad y entidad del “*pretium doloris*” alegado.

De hecho, en materia de responsabilidad civil de profesionales del Derecho la misma Jurisprudencia viene admitiendo que en aquellos casos en que se acredite la culpa o negligencia del profesional privando con ello al particular de obtener la tutela judicial efectiva consagrada en el art. 24 de la CE (RCL 1978, 2836) se está ocasionando un daño que es preciso indemnizar (SSTS 11 noviembre 1997 (RJ 1997, 7871), 28 enero 1998 (RJ 1998, 119), 25 junio 1998 (RJ 1998, 5013), 24 septiembre 1998 (RJ 1998, 7436), 26 enero 1999 (RJ 1999, 323) y 14 mayo 99 (RJ 1999, 3106)). En todas estas resoluciones se declara que acreditada la culpa o negligencia del profesional que ha imposibilitado que los particulares pudieran acceder al ejercicio de la justicia, surge un perjuicio que es preciso indemnizar ya que el privar a una de las partes de ese posibilismo actuatorio supone, como señala en concreto la precitada sentencia del Tribunal Supremo de 25/06/1998 (RJ 1998, 5013), «*una especie de quebranto o sensación de frustración, que, sin duda, pueden, en puridad técnica, subsumirse en el haz vaporoso de lo que la doctrina considera el daño moral*». Y la sentencia de 8 de abril de 2003 (RJ 2003, 2956) aplica la referida doctrina denominada de «perdida de oportunidad. Por tal motivo, estimamos que tales afirmaciones realizadas en relación a la culpa de los profesionales de la justicia, son aplicables *mutatis mutandi* a los casos de lesiones del derecho a la integridad moral derivado de un acoso moral.

Debemos, pues, tener presente que cuando el daño moral depende de un juicio de valor consecuencia de la propia realidad litigiosa, que justifica la operatividad de la doctrina de la «*in re ipsa loquitur*», o cuando se da una situación de notoriedad (SS. 15 febrero 1994 [RJ 1994, 1308], 11 marzo 2000), no es exigible una concreta actividad probatoria.

## 5. LA DIFÍCIL VALORACIÓN DEL DAÑO MORAL: EL QUANTUM INDEMNIZATORIO

### 1.- Finalidad de la indemnización por daño moral

La reparación del daño moral si bien no atiende a la reintegración de un patrimonio, va dirigida a proporcionar en la medida de lo posible una satisfacción como compensación al sufrimiento que se ha causado. La jurisprudencia sostiene que el verdadero daño moral es aquel que no implica repercusión económica, no se habla de reparación, sino, de indemnización compensatoria por vía de sustitución. en este sentido LASARTE señala que «*sólo el daño*

*patrimonial puede ser propiamente resarcido, mientras que los daños morales, no patrimoniales, no son resarcibles, sino sólo, en algún modo, compensables*»<sup>19</sup>, esto es, consentir al dañado la adquisición de sensaciones placenteras tendentes a eliminar o atenuar aquéllas sensaciones dolorosas que el ilícito le ha causado y en las que se sustancia el daño no patrimonial. En tal sentido se ha pronunciado el Tribunal Supremo español, en Sentencia de 7 de febrero de 1962 donde expresa «*el dinero no puede aquí cumplir su función de equivalencia como en materia de reparación de daño material, la víctima del perjuicio moral padece dolores, y la reparación sirve para establecer el equilibrio roto, pudiendo gracias al dinero, según sus gustos y temperamento, procurarse sensaciones agradables, o más bien revistiendo la reparación acordada al lesionado, la forma de una reparación satisfactoria puesta a cargo del responsable del perjuicio moral, en vez del equivalente del sufrimiento moral*».

No han faltado autores que han defendido que, en casos excepciones, la responsabilidad civil juegue un papel preventivo y ello para colmar en determinados casos las insuficiencias administrativas o legales. Se habla en tales casos de los daños punitivos. Así sería admisible que las indemnizaciones agreguen una cantidad suplementaria a la estrictamente compensadora a modo de extensión del daño moral, con el objetivo tanto de que el sujeto agente del daño se vea disuadido de comportarse de la misma forma en el futuro —prevención especial— cuanto para desincentivar la realización de conductas semejantes dentro de un ámbito social concreto o a nivel colectivo —prevención general—, sin que parezca que se pueda hablar de enriquecimiento injusto del perjudicado, dada la imposibilidad de valorar objetivamente los daños morales y de fijar, por tanto, el límite de su restitución íntegra.

Partiendo de dichas tesis, y amparándose en la jurisprudencia comunitaria que alude a los fines disuasorios frente al acoso sexual y otros acosos discriminatorios, no faltan autores que defienden que no cabe despreciar que en los supuestos de acoso moral la indemnización por daño moral pueda buscar un cierto efecto disuasorio y preventivo<sup>20</sup>. Ahora bien, como señala JURADO SEGOVIA<sup>21</sup> ello no debe implicar, sin embargo, que la misma pierda su principal función compensadora, que deberá ser determinada con el prudente arbitrio judicial señalado, pero sí que debe llevar a rechazar aquellas cuantías indemnizatorias que puedan considerarse, atendiendo a los parámetros sociales imperantes, como

19 MOLINA NAVARRENTE, La tutela judicial frente al acoso moral: de las normas a las prácticas forenses, Bomarzo, Albacete, 2007, pp. 83 y 84

20 JURADO SEGOVIA, Angel, « Los daños derivados del acoso moral en el trabajo: tipología y valoración » op. cit.

21 FRANQUET, Pablo, «El mito del daño moral: tu dolor no vale tanto como crees», consultable en Internet en [www.jausaslegal.com/.../071217-el-mito-del-dano-moral-nov07-9798.pdf](http://www.jausaslegal.com/.../071217-el-mito-del-dano-moral-nov07-9798.pdf)

más bien simbólicas, pues, además de no cumplir ese fin disuasorio, pueden suponer una devaluada tutela judicial con incidencia en el propio contenido de los derechos fundamentales.

A mi juicio no es necesario acudir a la finalidad preventiva o disuasoria para imponer una equitativa indemnización por daño moral, dado que los casos de acoso suponen las agresiones más graves a la integridad moral, siendo suficiente la finalidad compensatoria; por otro lado, aludiendo a la finalidad disuasoria, en cierta forma, se acoge la teoría de la pena privada que es incompatible con nuestro sistema de responsabilidad civil. El artículo 1902 del Código civil habla de “reparar el daño causado”. Atiende, por tanto, al perjudicado, y excluye toda idea de pena privada.

## **2.- Criterios para fijar el montante económico de la indemnización: la prudencia que no arbitrio judicial**

La jurisprudencia del Tribunal Supremo en cuanto a la cuantificación del daño moral es unánime en todas las Salas del Tribunal Supremo en el sentido de que los daños morales, no son mensurables por su propia naturaleza y su valoración no puede obtenerse de una prueba objetiva; por lo que el monto de un daño moral es de muy compleja fijación ya que no se halla sujeto a baremos prefijados ni a especulación matemática alguna y, por ello, sólo cabe atenerse a un criterio fluido que permita computar todas las circunstancias de cada caso concreto.

Siendo eso así, la consecuencia es que no se aprecia uniformidad en los tribunales a la hora de fijar la cuantía indemnizatoria de daño moral, lo que no deja de producir una cierta inseguridad jurídica en la sociedad.

De hecho, encontramos artículos que hablan, por ejemplo, del «mito del daño moral» cuando examinan que nuestros tribunales conceden en determinados casos indemnizaciones por el daño moral y que estas valoraciones contrastan con las que se conceden en los tribunales anglosajones en los que su tradición jurídica favorece la concesión de indemnizaciones sustancialmente mayores por daño moral (*pain and suffering*)<sup>22</sup>.

Por otro lado, cuando se concede una indemnización elevada se recoge, incluso en la prensa con títulos del tenor «*Los tribunales pagan con más dinero el daño moral sufrido por ‘mobbing’*», destacándose que en la sentencia se indica que «*No se pueden infravalorar económicamente las lesiones a la dignidad de las personas*».<sup>23</sup>

Por tal motivo, y para que no salga vulnerado el derecho a la tutela judicial efectiva, los tribunales deberán motivar las sentencias y especificar los criterios o bases que han tenido en cuenta para fijar el montante de la indemnización. De hecho, por lo que se refiere a los daños morales la jurisprudencia constitucional en STC nº42/2006—, señala que, a pesar de la inevitable y preponderante discrecionalidad judicial, resulta trascendental en aras del derecho a la tutela judicial de ambas partes que las decisiones judiciales identifiquen qué es lo que entienden por el daño moral que van compensar, que diferencien claramente la partida indemnizatoria correspondiente a este daño de las referidas a otro tipo de perjuicios concurrentes y, finalmente, que expliciten en la medida lo posible las bases tomadas en consideración para cuantificarlo.

A nuestro juicio, los tribunales deberían incluso ir a más, y aparte de motivar las resoluciones, deberían procurar conseguir una cierta homogeneidad aplicando en la medida de lo posible una suerte de criterio comparativo en atención a lo que se ha otorgado en otros supuestos similares<sup>24</sup>.

A la hora de fijar el importe de la indemnización, con carácter general, se suele por los autores indicar que hemos de tener en cuenta, previamente y para cada daño personalizado, los siguientes factores:

- El nivel económico del que padece el daño moral.
- La valoración, y la siempre difícil exteriorización y comprobación de esa valoración, del bien jurídico perjudicado.
- El origen del daño moral.
- El necesario espacio temporal para el restablecimiento de la normal actividad.
- La intrínseca capacidad de cada uno para superar el perjuicio acaecido, de casi imposible apreciación<sup>25</sup>.

De todos estos factores, quizás el más discutible es el estatus económico de la víctima, precisamente porque con ello se están patrimonializando unos bienes jurídicos que, por su propia definición, no tienen valor en el tráfico comercial<sup>26</sup>. Por el contrario, deberán tenerse en cuenta otras características personales, familiares, profesionales, etc., de la víctima que ponen de relieve su especial «vulnerabilidad social» o su dificultad para el restablecimiento de una actividad normal.

*Constitución*, n.º 20, 2006, p. 168 y JURADO SEGOVIA, Ángel, « Los daños derivados del acoso moral en el trabajo: tipología y valoración » op. cit.

24 Seguimos en este punto a MACIÁ GÓMEZ, Rafael, «Concepto y evaluación del daño moral», op.cit.

25 De tal opinión, JURADO SEGOVIA, Ángel, « Los daños derivados del acoso moral en el trabajo: tipología y valoración » op. cit.

26 Así, la SAP Madrid núm. 737/2008 (Sección 10), de 18 diciembre (AC 2009\124) en un caso de acoso escolar con grabación de las imágenes, concede una indemnización de 30000 euros

22 Expansión 09/06/2008

23 Así lo proponen CAVANILLAS MÚGICA, S.: «La motivación judicial de la indemnización por daño moral», *Derecho Privado y*

Por otro lado, la jurisprudencia también tiene en cuenta el carácter pluriofensivo que pueda tener la conducta, de forma que si, además de contra la integridad moral, se ha atentado contra otros derechos fundamentales, como el derecho al honor personal y/o profesional (lo que ocurre cuando ha tenido proyección exterior) o la prohibición de discriminación por razón del sexo, las cuantías indemnizatorias tienden a ser más elevadas.

En cualquier caso, si, además, de ese sufrimiento moral, se hubiesen detectado secuelas psicológicas o corporales objetivas, también éstas deberían haber sido resarcidas (pero no como daño moral sino contra la salud), según la jurisprudencia del TS; ahora bien, es plenamente compatible la constatación de un daño moral sin que se deban apreciar secuelas o lesiones psíquicas, conforme la doctrina del TS.

Por último, sólo a modo de ejemplo podemos transcribir el “Baremo del Precio del Dolor” que los Tribunales Franceses (estas baremaciones pueden ser consultadas en: [www.minitel.fr](http://www.minitel.fr) o también en [www.fnvictimesdelaroute.asso.fr](http://www.fnvictimesdelaroute.asso.fr)) crearon con íntima conexión a bases de datos estadísticos que pudieran servir como criterios o antecedentes comparativos a los jueces y a las partes procesales en la determinación del Daño Moral.

LA TABLA ES LA SIGUIENTE:

| Afección, dolores    | Prettium Doloris. y molestias. |
|----------------------|--------------------------------|
| 1.- Muy Leves        | 500 a 750 €.                   |
| 2.- Leves            | 750 a 1800 €.                  |
| 3.- Moderados        | 1800 a 4.000 €.                |
| 4.- Medios           | 4.000 a 6.000 €.               |
| 5.- Algo importantes | 6.000 a 12.000 €.              |
| 6.- Importantes      | 12.000 a 18.000 €.             |
| 7.- Muy importantes  | 18.000 y más €.                |

Como señala MACIÁ GÓMEZ<sup>27</sup>, esta tabla ni es axiomática ni tiene carácter imperativo en el Derecho Español, pero sí que pueden servir para guiar, tanto al abogado, como al Juez, por medio de la interpretación analógica, a la fijación de unas cifras indemnizatorias que, hoy por hoy, no siempre están sujetas a un criterio razonable o razonado.

<sup>27</sup> Cfr. MACIÁ GÓMEZ, Rafael, «Concepto y evaluación del daño moral», op.cit.

### 3.- El baremo de tráfico como criterio orientativo.

Es cierto, como hemos señalado anteriormente, que no ha querido nuestro legislador tasar esa reparación con arreglo a módulos predeterminados, quizás en el convencimiento de que es preferible un sistema de compensación que individualice al máximo los efectos perniciosos ocasionados.

Esa ausencia de criterio legal de tasación en la reparación conlleva que la determinación de los daños y perjuicios se convierta en un elemento puramente fáctico, de apreciación por el Juzgado, sólo revisable cuando se asiente en bases manifiestamente erróneas.

No obstante lo anterior, nada impide a un órgano judicial que, en esa fijación, se oriente por criterios dispuestos por el legislador a la hora de reparar daños y perjuicios ocasionados en accidentes de circulación, para lo que se sigue un criterio de tasación, pero siempre teniendo en cuenta (en el ámbito laboral) lo que se percibe como prestación de seguridad social (salvo el recargo).

Así, hay determinadas Sala de lo Social de TSJ que aplican el baremo de tráfico para fijar el montante de la indemnización derivados de accidentes de tráfico, entre los que se incluyen los supuestos de acoso laboral<sup>28</sup>.

No obstante, en el caso de la jurisdicción social, cuando se aplica el baremo de tráfico como criterio de tasación deben tenerse en cuenta ciertas peculiaridades.

Así, como señala la STSJ, Sala de lo Social del País Vasco de 19/1/2010:

*«La reparación del daño o perjuicio a cargo del empresario incumplidor de su deber de prevención debe ser completa, pero no ha de superar su importe, pues entonces estaríamos ante un enriquecimiento sin causa. En este orden de cosas, resulta decisivo advertir que nuestro sistema de seguridad social, al proteger con prestaciones económicas la pérdida de capacidad laboral, temporal o definitiva, que sufre una persona por razón de un accidente laboral, o la necesidad de ayuda para realizar los actos esenciales de la vida, está limitando los perjuicios que sufre, en los que ya no cabe incluir la completa*

<sup>28</sup> El art. 115.2.1) de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825), considera accidente de trabajo a la enfermedad no incluida en el ámbito de enfermedad definida en el art. 116 siguiente, contraída con motivo de la actividad laboral, si se demuestra que la enfermedad tiene por causa exclusiva la ejecución del trabajo. Como resalta la STSJ País Vasco Nº 2943/2003 (Sala Soc. S.1) 23-12-2003 «en principio nada impide calificar de accidente de trabajo, a la dolencia que tiene conexión con una situación o conducta de acoso moral que haya sido causante de un daño a la víctima en su integridad física o moral. A esta conclusión han llegado pronunciamientos de algunos Tribunales laborales estimando que se trataría de enfermedades contraídas por el trabajador con motivo de la relación de su trabajo y como accidente de trabajo han de considerarse conforme al art. 115.2.1) de la Ley General de la Seguridad Social».

carencia de ingresos que se deriva de no poder trabajar o esa necesidad de un tercero para los actos más vitales. Bien es verdad que, dejando al margen este último supuesto, ese mismo sistema únicamente otorga protección contra la pérdida de retribuciones que conlleva esa merma de capacidad laboral y que no siempre lo hace con prestaciones que le cubran el 100% de lo que ganaría trabajando, por lo que en buena parte de los casos habrá una merma de ingresos (lucro cesante) y, además, un daño no compensado por la seguridad social (el dolor e incertidumbre de la situación cuando uno está en proceso de curación, la separación de los seres queridos si hay ingresos hospitalarios, la no posibilidad de hacer una vida normal, la influencia de las secuelas en otros órdenes de la vida del trabajador, etc.). De ahí que, como ya dijimos en ocasiones anteriores (sentencias de 15 de abril de 1997, AS 1444, 21 de diciembre de 1999, rec. 1402/99, 25 de enero de 2000, rec. 1789/99, 6 de junio de 2000, rec. 143/00, 30 de abril de 2001, rec. 16/01, 3 de julio de 2001, rec. 759/01, 9 de octubre de 2001, AS 4548, 4 de diciembre de 2001, AS 1124/02, y 12 de noviembre de 2002, rec. 1677/02, entre otras) y refrenda la doctrina sentada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo (sentencias de 10 de diciembre de 1998, Ar. 10501, y 17 de febrero de 1999, Ar. 2598), a la hora de fijar la indemnización reparadora, en estos casos, ha de tenerse en cuenta lo que se recibe como prestaciones de seguridad social, salvo el recargo por falta de medidas de seguridad (sentencias de 2 de octubre de 2000, Ar. 9673, 14 de febrero de 2001, Ar. 2521, 9 de octubre de 2001, Ar. 9595, 21 de febrero de 2002, Ar. 4539, y 22 de octubre de 2002, Ar. 504/03), pero tampoco cabe estimar que solamente con las prestaciones de seguridad social se logra una reparación completa de los daños y perjuicios recibidos...

Esta Sala suele atenerse a él (baremo de tráfico) cuando el Juzgado no ha fijado su alcance; además, si éste los ha cuantificado tratando de seguir sus criterios, también admite la revisión por una mala aplicación del mismo.

*En su aplicación hemos sentado algunos criterios que conviene recordar:*

a) se toman los valores correspondientes al momento en que se fija la indemnización (sentencias de 9 de octubre de 2001 y 30 de diciembre de 2002, recs. 1459/01 y 2099/02);

b) la situación de baja laboral se indemniza con el importe asignado a los días de baja no impeditiva, ya que la parte estrictamente reparadora de la pérdida de salario queda compensada con la prestación de seguridad social (sentencias de 30 de abril de 2001 y 12 de noviembre de 2002, recs. 16/01 y 1677/02), que

en el caso de los que fueron con ingreso hospitalario se incrementan con la diferencia prevista en el Anexo entre la baja hospitalaria y la baja laboral no hospitalaria (sentencia de 28 de enero de 2003, rec. 2632/02);

c) no es obligado fijar cantidad alguna por el factor de corrección correspondiente a perjuicios económicos cuando la tabla correspondiente no establece un porcentaje mínimo de incremento (sentencias de 12 de septiembre de 2000 y 28 de enero de 2003, recs. 915/00 y 2632/02);

d) la forma de compensar la prestación básica de seguridad social por el reconocimiento de un grado de invalidez permanente a consecuencia de las secuelas sufridas es no dando cantidad alguna como factor de corrección por tal concepto (sentencias de 12 de septiembre de 2000, 30 de abril, 3 de julio y 9 de octubre de 2001, 12 de noviembre y 30 de diciembre de 2002, 28 de enero de 2003 y 22 de febrero de 2005, recs. 915/00, 16/01, 759/01, 1459/01, 1677/02, 2462/02, 2632/02 y 2500/04);

e) las mejoras de seguridad social derivadas del accidente se descuentan íntegramente (sentencias de 12 de septiembre de 2000, rec. 915/00, 3 de julio de 2001, AS 3731, 4 de diciembre de 2001, AS 1124/02, 22 de enero de 2002, AS 611, 29 de abril de 2003, AS 2279, y 30 de marzo de 2004, rec. 94/04);

f) como antes dijimos, no se compensa lo que el trabajador perciba por recargo debido a falta de medidas de seguridad;

g) la culpa del trabajador en el accidente se valora con arreglo a los propios criterios previstos en esa normativa específica, por lo que el derecho al resarcimiento a cargo del empresario incumplidor del deber preventivo se reduce en la parte correspondiente a la participación del accidentado (sentencia de 21 de octubre de 2003, rec. 908/03).»

En el ámbito civil, resulta interesante destacar la sentencia de 20-4-09 del pleno de la Sala 1ª del TS, que en relación con el baremo de tráfico fija la doctrina de que es improcedente la aplicación del factor de corrección por «perjuicios morales de familiares» cuando la situación de la víctima no es de gran invalidez. Las razones que da para dicha conclusión son las siguientes:

1ª. Según ha señalado la Sentencia del Tribunal Constitucional 15/2004 de 23 de febrero de 2004, en atención a lo dispuesto en el punto 4 del Anexo, fuera del supuesto de fallecimiento de la víctima, sólo ésta puede ser considerada

perjudicada, no siendo posible otorgar esa condición a los progenitores de la víctima no fallecida.

2ª. En todo caso, la Tabla IV, que regula los factores de corrección aplicables a las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes, contempla como tal factor corrector el perjuicio moral de familiar tan sólo en relación con grandes inválidos, esto es, personas afectadas con secuelas permanentes que requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria como vestirse, desplazarse, comer o análogas, situación que no se da en el caso que nos ocupa, sin que pueda la Audiencia hacer de lo excepcional una regla general, ni obviar lo que resulta del tenor literal de la norma, a fin de extender la consecuencia jurídica contemplada para un caso concreto a un supuesto fáctico diferente, pues ello no es dable, ni por vía de interpretación extensiva, en cuanto, como se ha dicho, la claridad del texto hace imposible el entendimiento de que el supuesto enjuiciado se encuentra comprendido por la norma en cuestión, ni acudiendo a la analogía, al no ser posible la aplicación analógica de normas de vocación tan concreta o singular como las que forman parte del baremo (por todas, Sentencia de 22 de julio de 1994).

4.- Método para determinar el importe del daño moral basado en instrumentos analíticos propios de la economía de la salud y medioambiental.

La heterogeneidad de las decisiones judiciales a la hora de fijar el importe de la salud, ha llevado a algunos autores ha proponer la cuantificación económica del daño moral acudiendo a elementos característicos del instrumental analítico propio de la economía, y en concreto, de la economía de la salud y de la economía medioambiental.

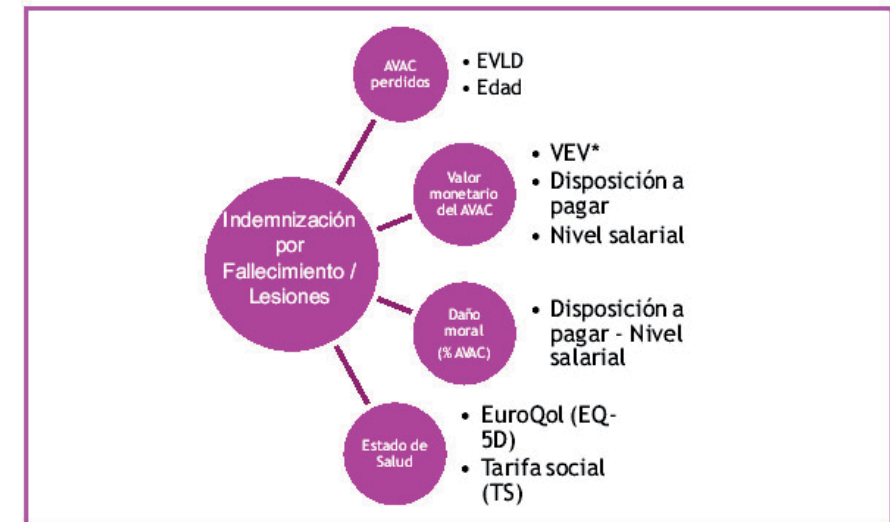
En concreto, este método acude fundamentalmente a los siguientes elementos:

AVAC: años de vida ajustados por calidad (de la economía de la salud)  
 EVLD, esperanza de vida libre de discapacidad (de la economía de la salud)  
 VEV, valor estadístico de una vida, en el ámbito de la economía medioambiental

Vamos a tratar de explicar dicho método, partiendo del estudio realizado por NAVARRO ESPINARES Y MARTÍN SEGURA<sup>29</sup>.

En concreto, el gráfico 1, nos ofrece la secuencia de cálculo que siguen estos autores para la evaluación del daño moral producido como consecuencia de un accidente de trabajo:

Gráfico 1. Secuencia de cálculo para la valoración económica del daño moral



Así pues, la secuencia del cálculo propuesta tendría cuatro fases:

Primera fase: para conocer el número de AVAC perdidos por el trabajador accidentado.

Como señalan NAVARRO ESPINARES Y MARTÍN SEGURA, para ello calcularemos la diferencia entre la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) de un trabajador cualquiera del mismo sexo que el accidentado y con residencia en su misma Comunidad Autónoma. Asumimos en este punto la equiparación operativa del concepto de AVAC con el de VLD, es decir, suponemos que los años de vida libres de discapacidad son años en un estado de buena salud. Aunque ambos términos presentan claras diferencias conceptuales, la utilización del concepto de EVLD como proxy de la esperanza de vida ajustada por calidad permite cubrir la laguna estadística existente dado que actualmente no disponemos de una estadística regular de esperanza de vida ajustada por calidad que nos permita conocer la esperanza de vida en términos de AVAC.

El AVAC es la unidad de medida que nos permite comparar situaciones de salud muy diversas. El AVAC es un año de vida en buena salud, esto es, es el valor del par (calidad de vida en buena salud, 1 año).

29 NAVARRO ESPINARES, José Luis y MARTÍN SEGURA, José Aureliano. «Evaluación económica del daño moral en el ámbito de los accidentes de trabajo: un método basado en indicadores estadísticos normalizados». *Medicina y seguridad del trabajo [online]*, 2008, vol.54, n.211, pp. 01-13. Disponible en Internet en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000200002&lng=es&nrm=iso)

El AVAC es una medida de la salud basada en varios supuestos:

La salud se puede reducir a dos componentes que son la calidad (Q) y la cantidad de vida (Y).

Cualquier estado de salud se puede representar mediante una combinación de cantidad y calidad de vida, esto es, mediante un par (Q,Y).

Los pacientes prefieren, en ocasiones, vivir menos años pero en mejor calidad de vida. Por tanto, los pacientes están dispuestos a ceder duración para ganar en calidad. Otros, en cambio, prefieren perder calidad para ganar cantidad. Hay, por tanto, diversas combinaciones (Q,Y) que tienen el mismo valor para las personas.

La salud de una persona puede medirse como la suma de la calidad de vida durante los años que dura su vida.

Segunda fase: persigue la asignación de un valor monetario a cada año de vida ajustado por calidad.

El cálculo del valor monetario de un AVAC se puede realizar desde tres perspectivas distintas:

- A partir del consenso de expertos
- A partir de la estimación directa de la disposición a pagar por un AVAC, utilizando la siguiente fórmula:  $VMAVAC = DP(Z) / [(1-U(Z) \times t) \times p^*]$ ;
- A partir del concepto de Valor Estadístico de una Vida (VEV)

NAVARRO ESPINARES Y MARTÍN SEGURA optan por el tercer método, por prudencia valorativa al ofrecer el valor más bajo y porque, permite reproducir los cálculos en el futuro al partir de datos estadísticos, sin necesidad de realizar trabajo de campo con encuestas. Así, parten de la estimación del VEV en 2,04 millones de euros y de que la EVLD promedio para el ámbito nacional es de 68,52 y 72,21 años para hombres y mujeres respectivamente. Por lo tanto, dividiendo los 2,04 millones de euros del VEV entre estas EVLD obtienen el valor monetario de un AVAC, 29.772€ y 28.251€ para hombres y mujeres respectivamente.

Se indica, no obstante, que para el caso español, los tres procedimientos indicados ofrecen un alto índice de concordancia situando el valor monetario del AVAC en torno a los 30.000 euros.

Ahora bien, los anteriores métodos de cálculo indicados para determinación del AVAC, se basan en la disposición a pagar de los individuos por una reducción del riesgo.

Dado que la disposición a pagar por un año de vida en un estado “buena salud” mantiene una relación directa con el nivel de renta de los individuos, aunque el valor promedio se sitúe en torno a los 30.000 euros, para cada caso concreto el valor monetario del AVAC variará en función de la renta.

Para el cálculo de la indemnización por daño moral correspondiente a un trabajador concreto, el valor del AVAC debe ajustarse en proporción a la distancia existente entre el salario del trabajador accidentado y el salario promedio en su CCAA y franja etaria.

Tercera fase: persigue la cuantificación económica del daño moral.

Por otro lado, si observamos los valores obtenidos para las estimaciones publicadas en España, el valor monetario del AVAC para los varones en el conjunto nacional asciende a 29.772€. Sin embargo, el salario promedio publicado por el INE para el año 2002 se situaba en 19.802 euros. Esto quiere decir que la disposición a pagar promedio de los individuos por un AVAC superaba en gran medida su salario medio. Ese exceso en la valoración del AVAC cabe atribuirlo al valor subjetivo de la vida. Por lo tanto, en caso de perderla, esta cantidad sería la adecuada para valorar el daño moral. En concreto, un 33,49% del valor monetario de un AVAC refleja la valoración subjetiva del valor de la vida, por encima de aquellos aspectos relacionados con la renta del individuo. Por el contrario, un 66,51% del valor monetario del AVAC estaría relacionado con el nivel de renta y patrimonio del individuo.

Al objeto de simplificar los cálculos, consideran NAVARRO ESPINARES Y MARTÍN SEGURA adecuado utilizar en todos los casos la proporción media a nivel nacional, es decir, un 33,49%, independientemente de la edad y localización geográfica del accidente.

Por tal motivo, esta forma de cálculo implica que para todos los individuos se utilizará una misma proporción para evaluar el daño moral, pero esa proporción se aplicará sobre el valor monetario del AVAC específica de cada individuo, en función de su edad y su nivel salarial.

Cuarta fase: adaptación del método para los casos en los que el trabajador

afectado no fallece, sino que queda afectado por lesiones de carácter permanente o secuelas.

En el caso de que el accidente laboral generase daños distintos a la muerte, la indemnización calculada anteriormente se reduciría en función de la tarifa social asignada al estado de salud del trabajador tras el accidente. La valoración del estado de salud se realiza mediante el indicador sintético conocido como EuroQol (EQ-5D). El EQ-5D es un instrumento simple, genérico, internacional y estandarizado, diseñado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud.

El EQ-5D es una medida genérica simple que incluye sólo 5 dimensiones básicas:

1. Movilidad
2. Cuidado personal
3. Actividades cotidianas
4. Dolor/malestar
5. Ansiedad/depresión

Contempla 3 niveles para cada dimensión, de modo que proporciona un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud. Cada estado de salud está definido por 5 dimensiones. Cada dimensión tiene 3 niveles, generando un total de 243 estados de salud teóricamente posibles. Los 3 niveles reflejan grados crecientes de gravedad, es decir, ningún problema (nivel 1), algunos o moderados problemas (nivel 2), y muchos problemas (nivel 3). De esta forma, cada estado de salud queda definido por un número de 5 dígitos. Por ejemplo, el estado 11111 indica que la persona no tiene problemas en ninguna de las 5 dimensiones.

El EQ-5D permite asignar valores a todos los estados de salud, obteniendo un índice para cada uno de los 243 estados de salud posible, así como para los estados “inconsciente” y “muerte”. El resultado es una tarifa o sistema de ponderación que refleja las preferencias de distintas poblaciones para cada uno de los estados de salud generados por el EQ-5D. Las tarifas obtenidas a partir de la valoración de los estados de salud por la población general se llaman tarifas sociales.

El rango de valores en que se mueve la tarifa varía entre -1 y 1, asignando a los estados de “salud perfecta” (11111) y “muerte” los valores 1 y 0 respectivamente.

No obstante, el estado de salud con problemas graves en todas las dimensiones (33333) obtiene un valor inferior al del estado “muerte” -0,6533. Asimismo, el estado “inconsciente” también presenta un valor negativo igual a -0,5085.

Para el cálculo del daño moral en trabajadores accidentados con resultado de lesiones en distintos niveles aplicaremos el instrumento EQ-5D, lo que nos permitirá determinar su estado de salud tras el accidente entre los 243 estados de salud posibles. A su vez, el estado de salud nos llevará a conocer la tarifa social otorgada al mismo, es decir, la preferencia que la población en general muestra por ese estado de salud en una escala que va desde 1 hasta -1.

Una vez conocido el valor de la tarifa social (TaS), ponderaremos el valor monetario de los AVACs perdidos por el trabajador con el valor resultante de la diferencia entre 1 (tarifa social para el estado de salud perfecta) y el valor de la tarifa social asignada al estado de salud del trabajador (1-TaS).

Sin embargo, a nuestro juicio, este método científico tiene dos graves inconvenientes: en primer lugar, no soluciona nada cuando no hay secuelas psíquicas o corporales objetivas, esto es, daño a la salud; y en segundo lugar, al tener en cuenta el nivel económico o de salario del trabajador, está patrimonializando en exceso algo tan personal e íntimo como es el dolor o el sufrimiento, que no tiene una equivalencia económica en el tráfico mercantil.

## 6. CONCLUSIONES

El daño moral es una noción dificultosa, relativa e imprecisa por afectar al terreno más íntimo de la personalidad humana. Por tal motivo, es dificultosa tanto su prueba como su valoración con criterios objetivos.

El atentado grave al derecho a la integridad moral que implican todos los supuestos de acoso moral, exige por parte de los tribunales un especial celo para que no queden sin indemnizar los daños morales por su dificultad probatoria. No está demás recordar, de nuevo, que cuando el daño moral depende de un juicio de valor consecuencia de la propia realidad litigiosa, que justifica la operatividad de la doctrina de la *«in re ipsa loquitur»*, o cuando se da una situación de notoriedad, no es exigible una concreta actividad probatoria.

Por otro lado, el principio de seguridad jurídica y de tutela judicial efectiva exige a los tribunales que motiven suficientemente las sentencias e indiquen las razones por las que se fija el importe o montante de la indemnización, procurando,

en la medida de lo posible una homogeneización en casos similares. Al razonar la cuantía concreta, deberán concretarse los criterios que se han tenido en cuenta.

*Lege ferenda*, proponemos lo siguiente:

1º.- Una reforma legal más amplia y clara que recoja, en todos los casos de acoso moral, una presunción de daño moral *iuris et de iure*, a la manera que se recoge en la Ley Orgánica de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 1982.

2º.- Se deberá distinguir debidamente entre el daño moral y el daño contra la salud (secuelas psíquicas o corporales).

3º.- En la ley se deberán concretar los criterios que deberán tener en cuenta los tribunales para fijar el importe del daño moral, entre los que deben figurar:

Las circunstancias de la infracción y la gravedad de la lesión

El necesario espacio temporal para el restablecimiento de la normal actividad.

La intrínseca capacidad de cada uno para superar el perjuicio acaecido, de casi imposible apreciación

La vulnerabilidad social de la víctima.

El carácter pluriofensivo que pueda tener la conducta, esto es, si además de contra la integridad moral, se ha atentado contra otros derechos fundamentales, como el derecho al honor personal y/o profesional (lo que ocurre cuando ha tenido proyección exterior) o la prohibición de discriminación por razón del sexo.

Para valorar la cuantía del daño moral, habrá que estar al prudencial criterio del juzgador, pues no existe previsión normativa capaz de englobar la riqueza de supuestos de hechos. Pero, la prudencia no implica arbitrariedad, y resulta interesante que se faciliten al juzgador los criterios que deberá tener en cuenta para enjuiciar las circunstancias de cada caso concreto.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

**CAVANILLAS MÚGICA, S.:** «*La motivación judicial de la indemnización por daño moral*», Derecho Privado y Constitución, n.º 20, 2006

**DE CASTRO Y BRAVO, F.,** *Temas de Derecho Civil*, Madrid, 1972.

**DE LA PUEBLA PINILLA, A.:** «*Dimensión laboral de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*», RL, n.º 8, 2007

**FRANQUET, Pablo,** «*El mito del daño moral: tu dolor no vale tanto como crees*», consultable en Internet en [www.jausaslegal.com/.../071217-el-mito-del-dano-moral-nov07-9798.pdf](http://www.jausaslegal.com/.../071217-el-mito-del-dano-moral-nov07-9798.pdf)

**GARCÍA LÓPEZ, Rafael,** *La Responsabilidad Civil por daño moral. Doctrina y Jurisprudencia*. Editorial Bosch, Barcelona, 1990

**GÓMEZ POMAR, Fernando,** «*El daño moral*», en *InDret* 1/00

**HERNANDEZ GIL, A.,** *Derecho de Obligaciones*, CEURA, Madrid, 1983.

**JURADO SEGOVIA, Ángel,** «*Los daños derivados del acoso moral en el trabajo: tipología y valoración*», *Diario La Ley* n.º 6975 de 25 Jun. 2008.

**LASARTE ALVAREZ, C.,** *Principios de Derecho civil. Derechos de Obligaciones*, tomo I-II Trivium, Madrid, 1993, págs.340 y 341

**NAVARROESPIGARES, José Luis y MARTINSEGURA, José Aureliano.** «*Evaluación económica del daño moral en el ámbito de los accidentes de trabajo: un método basado en indicadores estadísticos normalizados*». *Medicina y seguridad del trabajo* [online], 2008, vol.54, n.211, pp. 01-13 . Disponible en Internet en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000200002&lng=es&nrm=iso)

**MACÍA GÓMEZ, Rafael,** «*El daño moral: concepto, elementos y valoración*», en [www.derecho.com](http://www.derecho.com), enero 2009.

**MARTÍNEZ CALCERRADA Y GÓMEZ, Luis,** en «*El daño moral: sus manifestaciones en el derecho español*», *Diario la Ley* n.º 6999, de 29 de julio de 2008

**MOLINA NAVARRETE, C.:** «*El impacto laboral de la “ley de igualdad de sexos”: lo que queda después de vender el “humo político”*», *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, CEF, n.º 290, 2007

**MOLINA NAVARRETE,** *La tutela judicial frente al acoso moral: de las normas a las prácticas forenses*, Bomarzo, Albacete, 2007

**VARELA AUTRÁN, Benigno,** «*El acoso moral o mobbing en el trabajo*», *Constitución y justicia social. Cuadernos de Derecho Judicial V-2003*, Consejo General del Poder Judicial

**YZQUIERDO TOLSADA, M.:** «*Daños a los derechos de la personalidad (honor, intimidad y propia imagen)*», (AA.VV.): *Tratado de Responsabilidad Civil*, Aranzadi, Pamplona, 2002

## LA MUJER VICTIMA DE TRATA DE PERSONAS

*Izaskun Orbegozo Oronoz*<sup>1</sup>

### INTRODUCCION<sup>2</sup>

El tráfico de personas para su explotación sexual ha sido un fenómeno tradicional en nuestras sociedades, ya en el siglo XX en la Conferencia de París de 1902 se utilizó la expresión “trata de blancas” para crear un instrumento internacional que persiguiera la denominada *traite de blanches* que consistía en traficar con mujeres de tez blanca del oeste europeo. Éstas provenían principalmente de Inglaterra, Francia, Alemania e Irlanda para ser trasladadas al oriente, y al norte de África donde terminaban dotando a los harenes o sirviendo como prostitutas.

Siguiendo a BAUCELLS LLADÓS, en las actas del Congreso femenino internacional de Roma (abril, 1908) se pone de manifiesto la existencia de organismos poderosos dedicados a la venta de mujeres<sup>3</sup>. Asimismo y como ejemplo, puede citarse a la Max’s Association de EE.UU. que surtía de mujeres al ejército ruso durante la guerra de Japón y a los obreros del canal de Panamá, vendiéndolas por un precio que oscilaba entre los 1000 y 5000 francos<sup>4</sup>.

En el año 2000 se celebró una Conferencia de mujeres organizada por Naciones Unidas, en Nueva York. Se calculó que 4.000.000 de personas eran víctimas anualmente del tráfico ilegal y, de éstas, 2.000.000 eran víctimas de tráfico sexual, siendo mayoritariamente mujeres<sup>5</sup>. En este mismo sentido, según la OIT, “la trata afecta cada año a unas 2.500.000 personas, especialmente a mujeres y niñas, en todo el mundo y es un negocio transnacional que genera unos 7.000 millones de dólares anuales, situándose en el tercer lugar entre los negocios ilícitos más lucrativos, el tráfico de drogas y de armas”<sup>6</sup>.

1 Licenciada en Derecho. Master en Criminología. Investigadora del Instituto Vasco de Criminología.

2 Este artículo forma parte del trabajo de Doctorado realizado para la obtención del título DEA en la Facultad de Derecho de San Sebastián (UPV/EHU).

3 BAUCELLS LLADÓS, J.: El perfil criminológico para la explotación sexual en España: Un fenómeno viejo con características nuevas, p. 140.

4 DE LEÓN, F.J.: Tráfico de personas e inmigración ilegal, p. 314.

5 Véase, El mundo, 8 de Junio de 2000.

6 Red contra la trata de personas con fines de explotación sexual. “Guía básica para la Identificación, Derivación y Protección de

Según Naciones Unidas en su Resolución núm. 59/166 sobre la trata de mujeres y niñas<sup>7</sup>, cada vez hay mayor número de mujeres y niñas que proceden de países en vías de desarrollo y están sometidas a todo tipo de discriminación por razón de sexo y origen. Estas desventajas por razón de género, junto al racismo y marginación, aumentan debido a una falta de información y de interiorización de sus derechos humanos también debido a todos los obstáculos que se les presentan a la hora de acceder a la información y los mecanismos de recurso cuando sus derechos han sido vulnerados.

### EDAD

Además del género, la segunda característica de las víctimas es que cada vez son más jóvenes, constituyendo estos factores, género y edad, una de las líneas de trabajo prioritarias en todos los organismos internacionales a través del desarrollo de políticas de igualdad y no-discriminación.

Cuando hablamos de perfil de la víctima de tráfico sexual no podemos obviar que uno de los factores que determinan este perfil es la demanda del mercado sexual de la prostitución. En opinión de BAUCCELLS<sup>8</sup>, este factor exigirá plantearse la necesidad de desarrollar políticas de educación sexual dirigidas al pleno desarrollo sexual masculino, y así no tener que recurrir a la prostitución y a las menores.

A mi juicio, este factor está relacionado con el tráfico sexual destinado a la prostitución; pero no hay que confundir tráfico sexual con prostitución, porque muchas mujeres que ejercen la prostitución no son víctimas de tráfico y no todo tráfico está destinado a prostitución<sup>9</sup>. De hecho el problema del tráfico sexual según DE LEÓN VILLALBA, en sus orígenes se centra de forma exclusiva en la trata de mujeres con finalidades de sometimiento a la prostitución. Conforme van pasando los años, los instrumentos normativos van expandiendo el objeto de tratamiento a otras formas de tráfico hasta llegar

a las últimas décadas en donde la regulación gira en torno a tres situaciones ya expuestas todas ellas conceptualizadas como nuevas fórmulas de esclavitud: tráfico dirigido a la explotación sexual, inmigración ilegal y la explotación de menores<sup>10</sup>.

### ORIGEN

Además del género y edad de las víctimas el origen y las determinadas zonas geográficas de donde provienen han jugado un papel esencial, sobretudo en la utilización de menores<sup>11</sup>. También el papel desarrollado por las propias familias, puede considerarse cada vez más relevante, puesto que en muchas ocasiones son ellas mismas las que consienten en entregarlas<sup>12</sup>.

En la actualidad, lo que caracteriza a las mujeres víctimas de la trata es su origen económico y geográfico: se encuentran en una difícil situación económica y de paro en sus países de origen: provienen normalmente del llamado “tercer mundo”.

Parecería que estas mujeres atraviesan las fronteras siempre de forma ilegal, pero la realidad nos demuestra que pueden entrar también de manera legal. Más del 95% de las mujeres víctimas de trata son de origen extranjero<sup>13</sup>. Pero esto no es casual y tiene su explicación en la evolución de la demanda masculina de servicios sexuales. Se trata de una demanda que va cambiando y haciéndose progresivamente más variada y caprichosa por parte de la clientela que, siendo dependiente de las modas culturales, prefiere hoy mujeres extranjeras porque son predominantemente más exóticas y baratas. En este exotismo influyen los estereotipos racistas-sexistas más clásicos, según los cuales las mujeres asiáticas serían pasivas y dulces, las africanas salvajes, las sudamericanas libres y disponibles, y las del este especialmente sumisas<sup>14</sup>.

También las crisis económicas hacen que las mujeres se encuentren en una situación mayor de vulnerabilidad y sea más fácil caer en las redes criminales.

Recapitulando, se puede decir que esta nueva forma de esclavitud tiene su

las personas víctimas de trata con fines de explotación”, 2008.

7 [http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/un/59/A\\_RES\\_59\\_166\\_es.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/59/A_RES_59_166_es.pdf), p.2

8 BAUCCELLS LLADÓS, J.: Ob.cit., p. 146.

9 Ver concepto de “trata” según el **Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, Mujeres y Niños**, ratificado por España el 21 de febrero de 2003. Se define la trata de personas como: “la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos”.

10 LEÓN VILLALBA, F.J.: Ob.cit., p.90

11 LEÓN VILLALBA, F.J.: Ob.cit., p.67.

12 <http://www.capcat.ksc.net> donde se recogen notas de trabajos de campo en la frontera de Mae Sai entre Tailandia y Myanmar, señalándose como en un solo día, el 12 de diciembre de 1997, 7 niñas han cruzado la frontera entregada por sus padres.

13 Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil; “Trata de Seres Humanos (Con fines de Explotación Sexual). Informe Criminológico”, Departamento Análisis Criminal de la Guardia Civil; Madrid, 2006.

14 MAQUEDA ABREU.: “Una nueva forma de esclavitud: el tráfico sexual de personas” en LAURENZO COPELLO, P. Inmigración y derecho penal. Bases para un debate, p. 261.

origen en factores como el género, la edad, el origen económico y geográfico, así como en los abusos que se producen en situación de necesidad.

### **LA EXPLOTACION: PERSPECTIVA VICTIMOLOGICA**

Desde que comienza su desplazamiento y abandona su lugar de residencia, la víctima de tráfico sexual, tanto si lo hace de manera voluntaria como si lo hace de manera obligada, comienza a soportar todo tipo de abusos psíquicos que se mantendrán durante todo el recorrido. Así los tratantes se aseguran su consentimiento y evitan la huida de las víctimas. Éstas normalmente abandonan su lugar de residencia por primera vez, y no están habituadas a viajar, no conocen el idioma de los países de tránsito y destino, dependiendo totalmente del traficante y sufriendo graves vulneraciones de derechos humanos.

Cuando llegan al lugar de destino son privadas de libertad y coaccionadas para ejercer la prostitución, ya que tienen que pagar la deuda contraída (*debt bondage*<sup>15</sup>), que oscila entre los 6 mil y 36 mil euros, dependiendo los casos.

En la mayoría de los casos DE LEÓN VILLALBA apunta que las víctimas sí son conscientes de la clase de trabajos que van a desempeñar, es decir, sí saben que son trabajos de tipo sexual los que tendrán que realizar, pero en lo que están totalmente engañadas es en las circunstancias en las que realizarán los mismos, que, en muchos casos, se dan en un escenario en el que se ven sometidas violentamente a condiciones de verdadera esclavitud. En algunos casos, se trata de mujeres que han trabajado anteriormente en el sector del sexo y que se ven inducidas, pero a la vez engañadas, a tener que salir de sus países en busca de unas mejores remuneraciones económicas o condiciones de trabajo. En otros casos, las víctimas no conocen ni su destino ni las condiciones que van a tener que aguantar<sup>16</sup>.

Una vez que se encuentran en nuestro territorio comienzan a ser explotadas. Un miembro de la organización conduce a la víctima a un club, apartamento u hotel, y les informa primero acerca de las condiciones de estancia en el país,

además de recordarle, que tiene, una deuda que debe pagar para compensar sus gastos de viaje (que en general suele ser más alta que el precio que se había estipulado en su país de origen) y que el trabajo que tiene que realizar implica habitualmente ejercer la prostitución. Incluso en bastantes casos la organización impone sanciones económicas a las víctimas por llegar tarde al trabajo, charlar con los clientes, ir a la cocina en solitario o no ir a trabajar los fines de semana, etc. Éstas oscilan entre 300 a 900 euros.

Una vez pagada la deuda, termina la obligación y las víctimas de trata salen de la red y suelen intentar regularizar su situación administrativa en España. Suelen iniciar la formación e inserción laboral a través, en muchos casos, del matrimonio con un español<sup>17</sup>.

La constatación de un gran número de casos conocidos de tráfico de personas con finalidad de explotación sexual, ha sido reconocida por las más grandes esferas internacionales como una de las más claras formas de esclavitud en la actualidad. Tanto el abuso creado como consecuencia de la deuda contraída por las víctimas, como la necesidad de preservar la integridad e incluso su vida propia, o la de sus familiares, en un escenario de violencia, fraude y engaño, constituyen el contexto ideal de una de las fórmulas más modernas de esclavitud<sup>18</sup>.

Las mujeres se convierten en propiedad de los traficantes, que ejercen sus derechos sobre ellas de diferentes formas: se apropian de los resultados de su trabajo cuya remuneración es acordada por las redes delictivas que las controlan; se les amenaza y coarta la libertad en orden al imponerles una actividad laboral en contra de su voluntad; se les priva de la libertad de movimiento; son objeto de malos tratos, amenazas, y coacciones; se les explota sexualmente ya que son obligadas a ejercer la prostitución u otras prácticas sexuales y se comercia con ellas como si fueran un objeto. En pocas palabras, se les “cosifica” y se vulneran sus derechos humanos como por ejemplo, la dignidad; libertad sexual; integridad física; libertad de movimiento y decisión; el libre desarrollo de la personalidad; seguridad; salud física y psicológica, etc<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> <http://endexploitation.org/debt-bondage.html>. La *debt bondage* o servidumbre por deudas es una forma de esclavitud moderna. El trabajo de una persona se exige como medio de pago de un préstamo. Normalmente la persona es engañada para que acepte el trabajo en unas condiciones de explotación y violación de sus derechos humanos. La OIT estima que 12,3 millones de personas están atrapadas en la servidumbre por deudas en algún momento dado y es especialmente frecuente en Asia, India, Pakistán y Nepal.

<sup>16</sup> DE LEÓN VILLALBA, F.J.: Ob.cit, p.74.

<sup>17</sup> Anexo I: Información sobre países de origen, rutas y localización de personas víctimas de la trata con fines de explotación sexual en <http://www.redcontralatrata.org/>

<sup>18</sup> DE LEÓN VILLALBA F.J.: Ob.cit, p. 312.

<sup>19</sup> Derecho a no sufrir prácticas de tortura u otras formas de trato inhumano o degradante, derecho a una vivienda digna en condiciones de seguridad, derecho a no ser discriminada por razón de género, derecho a un trabajo justo y con condiciones

Por todo ello, las víctimas de trata de personas deben convertirse en el centro de toda actuación estatal y las Instituciones tendrán que adoptar medidas especiales, de protección y concienciación sobre el respeto de sus derechos humanos.

### **EL PERFIL DE LAS VÍCTIMAS**

Resulta de gran interés en este punto la clasificación e información de las víctimas de tráfico aportada por la Red española contra la trata de personas con fines de explotación sexual<sup>20</sup>:

#### **→Víctimas europeas procedentes de Rumania, Bulgaria, Albania, Polonia, Antiguos estados de la Unión Soviética.**

La edad de las víctimas oscila entre 18 y 30 años, aunque se han identificado menores que provienen, en su mayoría, de Rumanía. Gozan la mayoría de ellas de un atractivo físico, pero un nivel educativo muy bajo.

Por el contrario, las víctimas que provienen de Albania, Polonia y Bulgaria poseen, en general, un nivel de educación medio-alto. En su mayoría, proceden de pueblos o pequeñas ciudades, siendo una minoría las víctimas que proceden de la capital.

Todas las víctimas tienen responsabilidades familiares a las que atender: hijos/as, familia, algún pariente enfermo. La mayoría desconocen el castellano, otro handicap para el acercamiento a ellas.

Viven en pisos proporcionados por la red de trata, desde los que se les traslada al lugar de explotación. Normalmente, se mueven juntas y en grupo.

En cuanto a la manera de localizarlas en España, las víctimas procedentes de los antiguos Estados de la URSS, Albania y Bulgaria, se encuentran principalmente en clubs de carretera, alternando ocasionalmente la calle.

Las víctimas de nacionalidad rumana suelen estar en la calle, junto a un número de personas considerable en la zona centro de Madrid y polígonos de

la periferia. De igual forma, muchas rumanas víctimas de trata con fines de explotación sexual se encuentran en clubs de carretera y pisos.

Realizan extensas jornadas de trabajo, teniendo relaciones con los clientes en cortos periodos de tiempo. La mayoría de ellas, suelen utilizar el preservativo y los I.V.E.S (Interrupción Voluntaria del embarazo) como método anticonceptivo. En ocasiones, cuando no hay trabajo, realizan prácticas sin protección para conseguir clientes. También suelen mantener relaciones sexuales con hombres de la propia red, considerándolos pareja y sin utilizar protección.

Debido al control que los tratantes ejercen sobre ellas, no acceden a ningún tipo de recurso, no tienen papeles o si los tienen son falsos, siendo su situación administrativa irregular.

Este colectivo de víctimas presenta una alta movilidad, alternando clubes y calle, y diferentes zonas geográficas de España. Consumen sustancias tóxicas, aumentándose este consumo por las demandas realizadas por el cliente y los propios tratantes, en saunas y clubes.

Cada red de victimarios opera de manera distinta. Por ejemplo, si la víctima consigue el dinero que tiene que ganar diariamente podrá negociar la utilización del preservativo; pero, si no es así, deberá realizar los servicios sexuales con protección o sin ella, hasta conseguir la cantidad impuesta.

#### **→Víctimas procedentes de América Latina: Ecuador, Colombia, Perú, Venezuela, Paraguay, Brasil (máximo porcentaje en mujeres, transexuales y hombres), República Dominicana**

En estos casos las vías de acceso pueden ser por avión vía Ámsterdam y algunas personas ejercen la prostitución por Europa antes de acceder a España. Las víctimas procedentes de Brasil entran por Suiza, Francia, Portugal y España.

Las víctimas procedentes de América Latina tienen entre 20 y 45 años; la mayoría de las víctimas tienen cargas familiares en el país de origen (una media de 3 hijos/as) y el nivel cultural y cualificación son bajos o muy bajos. Habitualmente, las víctimas viven en pensiones y en condiciones de hacinamiento; posteriormente, en pisos compartidos que, en ocasiones, les

favorables, derecho a la vida. Según la Red contra la Trata de personas "lo que convierte a la trata de personas en una violación de derechos humanos es la combinación del transporte forzado y la práctica de explotación en los lugares de tránsito y destino", "Guía básica para la Identificación, Derivación y Protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación", p.15.

<sup>20</sup> Anexo I: Ob.cit, <http://www.redcontralatrata.org/>

proporciona la propia red. Al igual que las víctimas europeas, se encuentran en situación administrativa irregular y las que provienen de Brasil y Paraguay en su mayoría disponen de pasaporte con visado como turista.

Son víctimas de explotación sexual en la zona centro de Madrid, la Casa de Campo y Villaverde. En los últimos dos años, es cada vez más frecuente la presencia de mujeres en pisos y clubs, procedentes mayormente de Brasil y Paraguay viviendo en condiciones de precariedad.

La mayoría de las víctimas colombianas y ecuatorianas sí conocen por medio del “boca a boca” la red de recursos existente, ya que se encuentran ejerciendo en la calle. Sin embargo, las personas que son explotadas sexualmente en clubs de carretera y pisos poseen muy poca información o ninguna sobre estos recursos, sin distinción de nacionalidad.

Es muy común que las víctimas procedentes de Brasil, Paraguay y Venezuela posean muy poco conocimiento sobre los recursos, independientemente del lugar de ejercicio.

Las víctimas de origen ecuatoriano y colombiano suelen estar empadronadas y poseen acceso a cobertura sanitaria. Por el contrario, las víctimas procedentes de Brasil, Paraguay y Venezuela se encuentran sin empadronar y sin acceso a cobertura sanitaria alguna.

Estas mujeres, una vez que han terminado de pagar la deuda, comienzan a hacer talleres de formación y buscar alternativas laborales, principalmente dirigidas a tareas domésticas. Algunas de estas víctimas de trata con fines de explotación sexual hacen de enganche para atraer a miembros de su propia familia a ejercer la prostitución en España, pero desconocen las condiciones de la propia práctica de la prostitución.

#### →**Víctimas de África Subsahariana: Nigeria (generalmente sur del país), Sierra Leona y Liberia**

El perfil se concreta en víctimas de entre 18 y 24 años, aunque se han detectado casos de menores. Su nivel cultural y capacitación laboral es bajo. No suelen hablar castellano, pero muchas de ellas dominan, en general, el inglés.

Viven hacinadas en pisos pertenecientes a la propia red. La mayoría de ellos están situados en barrios periféricos de la ciudad. Tienen responsabilidades familiares en su país de origen. La mayoría de las víctimas no poseen información sobre prácticas de sexo seguro. Con el paso del tiempo acceden a esta información y suelen ponerla en práctica.

Son víctimas de explotación sexual en la Casa de Campo y extrarradios de Madrid; se da el caso de algunas mujeres que en invierno están en clubs de carretera, pero sólo temporalmente, en general suelen ser explotadas en la calle.

No se atienden suficientemente los aspectos sanitarios e higiénicos. Se encuentran en situación administrativa irregular, existiendo un porcentaje alto de personas víctimas procedentes de Nigeria que, para solicitar asilo político, dicen que proceden de Sierra Leona.

No suelen acudir a los recursos hasta que terminan de pagar la deuda y es a partir de este momento cuando buscan los recursos para regularizar su situación e inserción social, habitualmente en la rama de hostelería.

Podemos concluir que estamos ante una categoría de víctima caracterizada por ser mujer, joven y de origen geográfico y económico pobre.

#### →**Estudio de campo**

Ya más de cerca de nuestras fronteras, en el estudio de campo realizado por el IVAC/KREI sobre la CAPV, a fecha de 2006<sup>21</sup>, constatamos que no existía ninguna asociación o entidad que se dedicara directamente al trabajo con víctimas de tráfico ilegal de personas, por tanto hubo que recurrir a dos grupos de trabajo, de Madrid (Proyecto Esperanza) y Cantabria (Red Cántabra contra el tráfico y la explotación sexual). La información proporcionada fue clave para acercarnos al delito de tráfico sexual de personas, tema complicado y difícil de afrontar. Ambas perfilan a la mujer víctima de este delito prácticamente de igual manera.

21 “Detección y análisis criminológico de los supuestos de victimación de la mujer inmigrante en la CAPV. Hacia un manual de buenas prácticas (Estudio de campo)”. Instituto Vasco de Criminología, 2006.

Se trata de mujeres muy jóvenes, con un promedio de edad de entre 18 a 25 años, incluso a veces menores de edad que pasan como mayores de 18 años. Un ejemplo de ello es la historia que nos relataron desde Red Cántabra. Se trataba de una chica rumana de 26 años a la que la red no quería traficar por considerarla “*muy mayor*”; sorprendentemente, al final, una vez en España, a pesar de su edad, los propios clientes la solicitaban, llegando a pagarse cantidades desorbitadas por estar con ella (hasta 300 euros).

La mayoría proceden de Europa del este, concretamente de Rumanía, seguidas de las Latinoamericanas (Brasil, Ecuador, Colombia) y Africanas (Sudáfrica, Nigeria principalmente, y Marruecos). Mención especial merecen, debido a su mayor vulnerabilidad, las mujeres Nigerianas, ya que a este grupo de mujeres se les obliga a ejercer la prostitución bajo la amenaza del vudú.

En relación a la trata, Proyecto Esperanza aborda el fenómeno desde la perspectiva del protocolo de Naciones Unidas, que no solamente entiende la trata referida a víctimas de explotación sexual, sino que pueden darse casos de explotación en otros sectores como la agricultura, el servicio doméstico y situaciones de matrimonios serviles. Sin embargo, las dos asociaciones entrevistadas coinciden en que la mayoría de las mujeres inmigrantes víctimas de la trata que atienden son, en general, “*con fines de explotación sexual*”.

Respecto a si estas mujeres vienen engañadas, en algunos casos sí saben a qué vienen, pero no conocen ni se imaginan las condiciones en las que van a estar, encerradas y esclavizadas, por lo que, en ese sentido, sí que se podría hablar de engaño.

Incluso es sorprendente que en Brasil existan lugares, lo que denominan “*campos de entrenamiento*”, en los que hay unas dos mil chicas a las que se les obliga al ejercicio de una cantidad determinada de actos sexuales y, si superan dicha prueba, se considera que están preparadas para viajar a España. Es muy significativo que todas ellas vengan a *trabajar* con una deuda adquirida, cuya cuantía varía según el país de origen<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Red Cántabra atendió un caso de una chica de 24 años que se pasó 7 meses en el hospital para recuperarse de una paliza que le había propinado, supuestamente, la red que la había captado, por no pagar los 270 euros que debía a la “madame”.

### → Algunos datos relativos a la explotación sexual en la CAPV

De los operadores jurídicos entrevistados, destaca el Fiscal de Bilbao coordinador del Servicio de extranjería. Conocedor de los delitos contra la libertad sexual en el marco concreto de la prostitución y del tráfico ilegal de personas, apuntaba que la comisión de este tipo de delitos afecta, casi en exclusiva, a mujeres extranjeras.

La procedencia de estas mujeres era, en su gran mayoría, sudamericana, destacando principalmente Colombia y Brasil. Así mismo, los operadores jurídicos entrevistados, conocían casos de chicas rumanas y de Europa del Este, pero en mucha menor proporción. Al fiscal le llamaba la atención la cierta naturalidad con la que estas mujeres viven el fenómeno de la prostitución, no considerándolo propiamente como un acto de explotación sexual que agravia su dignidad, sino quizá, como un trabajo y recurrían a la jurisdicción penal porque se sentían engañadas en las condiciones “*laborales*”.

La edad de estas víctimas, según el Fiscal, se podía cifrar entre los veinte y los treinta años, aunque también se habían dado algunos casos de chicas menores, pero siempre se encontraban rozando la mayoría de edad. Con un nivel económico bajo, en ocasiones rayando la miseria, se trataba de mujeres que proceden de países con economías deprimidas, con familiares a su cargo y que, en muchas ocasiones, reciben una oferta de un conocido que está en España, para que venga a ejercer la prostitución, diciéndoles que podrán ganar una gran cantidad de dinero.

En cuanto a la cuestión ya mencionada del “engaño<sup>23</sup>”, en opinión del Fiscal, la mayoría de éstas mujeres sí sabían que venían a ejercer la prostitución, siendo las desavenencias en cuanto a las condiciones de esta actividad el motivo por el cual denunciaban su situación en los juzgados.

<sup>23</sup> Estudio de campo “Detección y análisis criminológico de los supuestos de victimación de la mujer inmigrante en la CAPV. Hacia un manual de buenas prácticas”. Instituto Vasco de Criminología, 2006. En cuanto a esta cuestión, se conocía el caso de algunas chicas rumanas a las cuales se les dijo que venían a trabajar en el servicio doméstico; por otro lado, el de una mujer que vino a España a trabajar en el servicio doméstico y en un club, entendiéndola por club una instalación deportiva donde realizaría labores de limpieza u hostelería; y por último, el supuesto de una chica, madre de cuatro hijos, con un hermano minusválido psíquico y una hermana minusválido física, a la que proponen ir a España a trabajar en hostelería, concretándose finalmente dicha actividad en el ejercicio de la prostitución. La Asociación Apramp (Asociación para la prevención, reinserción y atención a la mujer prostituida. <http://www.apram.org>) también se hace eco de la noticia acaecida el 17 de marzo de 2009, en el que “una joven rumana de 21 años estuvo casi dos años encerrada en un piso del Raval de Barcelona. La red mafiosa que la trajo (engañada) a España, cuando aún era menor, la obligó a prostituirse.”

Tras el análisis del perfil de la víctima de tráfico sexual queda patente la vinculación que tiene con el fenómeno de la prostitución. Sin embargo, el tráfico ilegal de personas con fines de explotación sexual no se vincula únicamente a la prostitución; no nos importa si conocía, consentía, si quería ejercer o no la prostitución, nos interesa la víctima de tráfico sexual como persona cuyos derechos humanos han sido vulnerados. En ese sentido, me uno a LÓPEZ PRECIOSO y MESTRE MESTRE cuando señalan que el reconocimiento de la existencia de la prostitución voluntaria no implica “desconocer que existe explotación en la industria y que existe el tráfico con fines de explotación sexual”. Asimismo, reconocer la existencia del tráfico con fines de explotación sexual no debe implicar la negación de que exista la prostitución ejercida libremente<sup>24</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

**BAUCELLS LLADÓS, J.:** “*El perfil criminológico para la explotación sexual en España: Un fenómeno viejo con características nuevas*”, en GARCÍA ARÁN, M.(Coord.): *Trata de personas y explotación sexual*. Edit. Comares, Granada, 2006, pp.109-155.

-“*El tráfico ilegal de personas para su explotación sexual*”, en RODRÍGUEZ MESA, M.J., y RUIZ RODRIGUEZ, L. (Coords): *Inmigración y sistema penal: retos y desafíos para el S.XXI*. Edit. Tirant lo Blanch, Valencia, 2006, pp.173-202.

**INSTITUTO VASCO DE CRIMINOLOGIA.:** “*Detección y análisis criminológico de los supuestos de victimación de la mujer inmigrante en la CAPV. Hacia un manual de buenas prácticas (Estudio de campo)*”, 2006. (Pendiente de publicación).

-Proyecto Mujer Inmigrante Víctima. *Hacia un Manual de Buenas Prácticas (Fase II)*, 2007. (Pendiente de publicación).

**DE LEÓN VILLALBA, F.J.:** *Tráfico de personas e inmigración ilegal*. Edit. Tirant lo Blanch, Valencia, 2003.

**MAQUEDA ABREU M.L.:** “*Una nueva forma de esclavitud: el tráfico sexual de personas*”, en LAURENZO COPELLO, P. *Inmigración y derecho penal. Bases para un debate*. Edit. Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, p. 246.

-“*El tráfico de personas con fines de explotación sexual*”, *Jueces para la Democracia*, nº 38, p. 24.

-“*La trata sexual de mujeres extranjeras: una aproximación jurisprudencial*” *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, nº 5, 2002, pp. 439-448.

- *El tráfico sexual de personas*. Edit. Tirant lo Blanch, Valencia, 2001.

**RED CONTRA LA TRATA DE PERSONAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL.:** *Guía básica para la Identificación, Derivación y Protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación*, Edit. Apramp (Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la mujer prostituida), 2008, en <http://www.redcontralatrata.org>

**LÓPEZ PRECIOSO, M y MESTRE MESTRE, R.:** “*Intervenciones en torno al trabajo sexual*”, *Revista de servicios sociales y política social*. Edit. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid, nº 70, 2005.

<sup>24</sup> LÓPEZ PRECIOSO, M y MESTRE MESTRE, R.: “Intervenciones en torno al trabajo sexual”, p.61.

## PROTOCOLO DE ACTUACION FORENSE EN DESAPARECIDOS Y GRANDES CATASTROFES.

*María Dolores Fuentes Bermejo<sup>1</sup>.*

### INTRODUCCIÓN

Identificar a una persona es establecer su individualidad, es determinar aquellos rasgos o conjunto de cualidades que la distinguen de todos los demás y hacen que sea ella misma.

Estas cuestiones de identificación tienen especial importancia y trascendencia desde el punto de vista médico legal, pues en determinados casos es necesario de la práctica médica para poder llevarla a cabo; la problemática derivada de la identificación, tanto en sujeto vivo pero sobre todo en cadáveres, cualquiera que sea su estado, ha estado vinculada desde siempre a la medicina legal como asignatura, así como en la formación para el ingreso en el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y para la especialidad de Medicina Legal.

La importancia de identificar a las personas cuya identidad se desconoce, responde al derecho fundamental de todos los seres humanos a tener una identidad jurídica<sup>2</sup>, también a la obligación y a razones sociales y de índole humanitaria, así pues, a través de varias normas de derecho internacional humanitario se intenta garantizar que las personas no resulten desaparecidas a raíz de un conflicto armado y que se dé con el paradero de las que han desaparecido, Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, Naciones Unidas; Asamblea General, 20 de Diciembre de 2006; Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), 8 de junio de 1977. Anexo I (Protocolo I): Reglamento relativo a la identificación (según fue enmendado el 30 noviembre 1993). En España, la Ley de Enjuiciamiento Criminal en los artículos 340 a 343 establece la necesidad de identificación del cadáver en casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad (muertes judiciales),

---

<sup>1</sup> Médico Forense. Especialista en Antropología Forense.

<sup>2</sup> TÉLLEZ, Nelson. Medicina forense: Manual Integrado. Bogotá: Universidad Nacional, 2002. Pág. 357.

la Ley Reguladora del Registro Civil y el Reglamento del Registro Civil, éste último de forma más específica, dispone en el artículo 274 los extremos necesarios para la inscripción del fallecido, siendo requisito en relación a la identificación, menciones de identidad del difunto, indicando si es conocido de ciencia propia o acreditado y, en este supuesto, se hará constar documentos oficiales examinados o menciones de identidad de personas que afirmen los datos, las cuales también firmarán el parte (muertes naturales).

En la práctica forense los casos de identificación pueden corresponder a uno de los siguientes supuestos<sup>3</sup>:

**Identificación en sujetos vivos.** Este supuesto casi nunca necesita de la actuación médica pues generalmente se soluciona mediante técnicas y procedimientos policiales (documentación, fotografía signalética y características fisonómicas, características de los vestidos, dactiloscopia-SAID, identificación palmar, queiloscopía, identificación por voz).

**Identificación en cadáveres recientes.** Es uno de los problemas más frecuentes que se plantean desde el punto de vista médico legal, ya que a menudo requiere la intervención médico forense. En este supuesto además de las técnicas que se pueden aplicar en el sujeto vivo puede ser necesario recurrir a otras como el examen radiológico corporal y odontológico e identificación por las huellas genéticas. Tal es el caso de víctimas de grandes catástrofes, de desastres colectivos objeto de la presente exposición.

**Identificación en esqueleto y restos cadavéricos.** En este supuesto los cadáveres presentan un estado de putrefacción avanzada o sólo está presente una parte del cadáver por lo que la mayoría de técnicas habituales de identificación descritas en apartados anteriores no son válidas y es necesario recurrir al estudio antropológico de los mismos (incluyendo aquí los estudios de odontología forense) y a la identificación por las huellas genéticas como método complementario. Este sería el trabajo que se realiza en víctimas de grandes catástrofes y de desastres colectivos, por la intervención en algunos de estos casos de la acción de agentes físicos como el fuego o por la morfología lesional de grandes traumatismos; también en desaparecidos a consecuencia de conflictos bélicos, como ocurrió en España durante la Guerra Civil de 1936.

En la identificación para cadáveres recientes y en la identificación en esqueleto y restos cadavéricos, existen otras muchas situaciones y circunstancias en las que se aplican estas técnicas pero dado el tiempo del que se dispone para la intervención y el objeto de la misma, no es posible entrar en ellas.

### **PROTOCOLOS**

La primera parte de la intervención, solicitada por la organización del curso, versará sobre la actuación médico-forense en la recuperación de desaparecidos, centrándonos en las investigaciones que actualmente se están realizando en el marco de la Guerra Civil de 1936. Así, la base legislativa para dichos trabajos se encuentra en la LEY 52/2007, de 26 de diciembre, por la que se reconocen y amplían derechos y se establecen medidas en favor de quienes padecieron persecución o violencia durante la Guerra Civil y la dictadura. En su artículo 12, “Medidas para la identificación y localización de víctimas”, recoge en su apartado 1 “el Gobierno, en colaboración con todas las Administraciones públicas, elaborará un protocolo de actuación científica y multidisciplinar que asegure la colaboración institucional y una adecuada intervención en las exhumaciones. Asimismo, celebrará los oportunos convenios de colaboración para subvencionar a las entidades sociales que participen en los trabajos”.

Desde su creación, en Diciembre de 2000, la Asociación Española para la Recuperación de la Memoria Histórica, ha llevado a cabo numerosas excavaciones a lo largo de nuestra geografía, logrando la mayoría de la identificación de los restos encontrados. Si bien, para todos ellos no existe ni un protocolo único de actuación ni un único modelo de informe para plasmar los resultados una vez se ha terminado el estudio (extremo que fue discutido en la última reunión, Marzo de 2010 San Sebastián, de la Asociación Española de Antropología Forense y Odontología). De una forma genérica los equipos deberían estar formados por arqueólogos, antropólogos físicos y médicos forenses con formación en antropología forense, debiendo completarse dichos equipos con laboratorios de referencia a los que remitir las muestras para estudio de perfil biológico como el INT y Ciencias Forenses. En este tipo de identificaciones es fundamental la contextualización de la desaparición, recabando todos los datos históricos, familiares, testimoniales y circunstanciales de los que se dispongan; dado el tiempo transcurrido desde

<sup>3</sup> Villanueva Cañadas, E. Identificación en el sujeto vivo. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 6ª edición. Barcelona, 2004. Pág. 1289.

la desaparición, cuantos más datos se dispongan de una persona, mayor es la probabilidad de una identificación positiva. En este sentido, la Asociación Española para la Recuperación de la Memoria Histórica dispone, en su página Web<sup>4</sup>, de una ficha de desaparecidos con instrucciones de cómo rellenarla, y cuyos datos más importantes a completar son:

- Nombre completo de la persona desaparecida y todos los demás datos pertinentes para su identificación, como el número del documento nacional de identidad o la fotografía.
- Día, mes y año de la desaparición.
- Lugar de detención o secuestro o en que se vio por última vez a la persona desaparecida.
- Indicación de las personas que se cree llevaron a cabo la detención o el secuestro.
- Indicación de las medidas tomadas por los parientes u otras personas para localizar a la persona desaparecida (indagaciones ante las autoridades, solicitudes de hábeas corpus, etc.).
- Identidad de la persona u organización que envía la información (nombre y dirección, que se mantendrán confidenciales si así se solicita).

Desarrollada esta primera parte de la investigación, nos enfrentamos al trabajo de campo, es decir, a indagar el lugar donde presuntamente la persona o personas han sido enterradas; para ello es necesario proceder siguiendo las técnicas habituales generales de excavación arqueológica, es fundamental un trabajo minucioso, detallista, con el fin que, desde el principio se pueda ir confirmando si la información “ante-mortem” previamente obtenida se corresponde con los hallazgos del trabajo realizado (número mínimo de individuos, fecha aproximada del enterramiento, localización exacta).

La tercera parte de la investigación, residiría en el estudio del material recuperado en el laboratorio, con el fin de, “en aquellos casos en los que sea posible” obtener la individualización de la víctima para posteriormente, los restos poder ser entregados a los familiares si así lo desean y si se cumplen los requisitos legales, para recibir el correspondiente tratamiento funerario (inhumación en cementerio o incineración). Para ello y de una forma muy sintética y sin poder ser exhaustiva, ya que se precisaría mucho más que una breve exposición, se realizarán los siguientes pasos con fines identificativos,

circunscribiéndonos al estudio de restos óseos en adulto:

En primer lugar, es fundamental la determinación de la especie en los mismos. Esto se realiza mediante anatomía comparada en prácticamente la totalidad de los estudios, no obstante en algunos casos es necesario recurrir a métodos osteológicos (actualmente poco utilizado), histológicos e inmunológicos.

Otro parámetro a estudio es la determinación de sexo, que se ve facilitado cuando se dispone de un esqueleto completo y ofrece dudas en caso contrario. El estudio de las características morfológicas, principalmente de cráneo y de esqueleto post-craneal de hueso coxal, pueden orientar dicha determinación, que se verá complementada con las características métricas hombre-mujer en huesos, tanto largos como fémur, húmero, cúbito, radio, tibia, peroné y otros como clavícula, esternón, escápula, costillas y primera vértebra cervical.

La determinación de la edad en el sujeto adulto se realizará con el análisis de los cambios morfológicos de la extremidad costo-esternal de la 4ª costilla según Iscan, de la sínfisis púbica según Suchey y Brooks, de los cambios morfológicos de la superficie auricular del ilion según los esquemas de Lovejoy et al. y a través del estudio del cierre de las suturas craneales; a ello debe unirse el estudio odontológico con criterios como los recogidos por Gustafson: abrasión, paradontosis, dentina secundaria, aposición de cemento, reabsorción y transparencia de la raíz y el estudio de la presencia o ausencia de patología de tipo degenerativa.

La determinación de la talla, debemos de tener en cuenta la gran variabilidad y los diferentes factores que influyen sobre la misma. En la actualidad, el método más utilizado es el cálculo de la talla a partir de los huesos largos, comparando los resultados con tablas y ecuaciones regresivas; el examinador puede utilizar tablas para población de raza blanca elaboradas por otros autores como Manouvrier, etc., aunque para población española, las que más se adaptan son las que confeccionó Nunes Mendoça<sup>5</sup> para la población portuguesa.

La determinación de la data de la muerte es un tema muy complejo en el que

<sup>5</sup> Nunes, M.C. Contribución para la identificación humana a partir del estudio de las estructuras óseas. Determinación de la talla a través del estudio de los huesos largos. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 1998.

<sup>4</sup> <http://www.memoriahistorica.org/>.

no hay un único método eficaz que de forma fiable nos aporte un resultado, lo cual resulta paradójico si se tiene en cuenta su importancia, tanto en un estudio de este tipo como en un estudio en el ámbito judicial por la prescripción del delito (Art. 131 del Código Penal sobre la prescripción de los delitos). Para su evaluación es necesario el estudio de diferentes parámetros, por una parte la valoración prudente de la información “ante-mortem” junto con los indicios (ropas, hojas de periódico...) que se hayan podido encontrar en el lugar de la excavación y por otra parte el análisis en el laboratorio. En relación a este último, se hará el estudio de criterios morfológicos en los restos que podrá verse complementado por estudios químicos para valoración del contenido de aminoácidos y nitrógeno, estudio del contenido mineral, del contenido de lípidos y otros como estudio histológico, reacción de la bencidina, estudio termogravimétrico, reacción al suero antihumano.

Investigación de los fenómenos tafonómicos que han podido afectar al hueso, y las lesiones a consecuencia de enfermedad o de traumatismos óseos. Especial importancia tienen estas últimas en el estudio de fosas de la Guerra Civil, identificar el agente causal (arma de fuego, agente contundente...) y las lesiones que pudieron originar (presencia de orificio de entrada y salida si existe, coloración ósea perilesional a consecuencia del pólvoras, presencia de fracturas en otras estructuras óseas...) aportarán datos para la causa de la muerte y las circunstancias del fallecimiento.

El examen odontológico es vital para la identificación individual de la persona, basándose en el cotejo del estudio de la dentadura del cadáver y la comparación con datos “ante-mortem” facilitados por su odontólogo a través de la ficha dental, de información de familiares, etc. En el contexto de la Guerra Civil, el problema esencial es la escasez de registros “ante-mortem” por parte de los profesionales, por lo que una vez más, todos aquellos datos recabados previamente sobre tratamientos odontológicos, como la sustitución de piezas dentarias, la presencia de patología congénita o adquirida (caries), el desarrollo de una lesión secundaria a una enfermedad profesional o la presencia de traumatismos bucales pueden ayudar a la identificación individual.

Otras pruebas que se pueden realizar, son la superposición craneo-fotográfica y la reconstrucción mediante escultura o dibujo.

Con todo lo anteriormente expuesto, es probable que ya fuera posible hacer una identificación positiva de la persona; coincidencia de los datos recabados,

con los hallazgos encontrados durante el trabajo de campo y el estudio posterior en el laboratorio. En caso contrario o si existe duda razonable, habrá que recurrir a la determinación del perfil biológico (DNA) si es posible. No siempre podemos emplear ésta técnica, por degradación de la muestra, por la antigüedad de la misma, o por contaminación química y/o microbiológica. En cualquier caso, la muestra a remitir, según la Orden JUS /1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, son piezas dentales, al menos 4 piezas que no estén dañadas, si es posible molares, que se enviaran en una bolsa de papel y siempre que sea posible un hueso largo, preferiblemente el fémur, que debe limpiarse de restos de putrilago y enviarse en una caja de cartón, si no hay restos de tejidos blandos, o en un recipiente de plástico (BOE de 19.05.2010). Es muy importante la preservación de la cadena de custodia de todas las muestras y vestigios que se obtengan durante el curso de la investigación, para así poder garantizar la fiabilidad de los resultados.

En algunas ocasiones, a pesar de todos los esfuerzos y por la complejidad del estudio, fosas comunes, pocos datos “ante-mortem”, ausencia de características individuales identificadoras, material genético degradado, etc. no es posible la identificación. En otras y como parte de la realidad, no se puede dar una identificación concluyente informando con un margen fiabilidad de la identificación positiva o negativa.

Para el desarrollo de la segunda parte de la exposición, “Protocolo de Actuación en Víctimas de Grandes Catástrofes” nos apoyaremos en el recién aprobado R.D. 32/2009, de 16 de Enero (BOE de 06 de Febrero de 2009), por el que se aprueba el Protocolo Nacional de actuación Médico Forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.

Existen múltiples protocolos internacionales de actuación para la identificación de estas víctimas, recogiendo algunos de éstos, diferencias específicas, como por ej. en función del tipo de catástrofe (natural, a consecuencia de la guerra, etc.) en la que se trabaje. Entre estos protocolos se encuentra la Guía IVC de la INTERPOL<sup>6</sup> 2009, “Informe del Comité Internacional de Cruz Roja (CIRC): Las personas desaparecidas y sus familiares. Resumen de las conclusiones de consultas anteriores a la Conferencia Internacional de

<sup>6</sup> Guía IVC: INTERPOL 2009.

expertos gubernamentales y no gubernamentales (Ginebra Febrero 2003)”; entre otros apartados recogen prácticas operacionales idóneas, prácticas operacionales idóneas en relación con el tratamiento de los restos humanos y la información sobre los fallecidos y prácticas operaciones idóneas en relación co los familiares de las personas desaparecidas. Recientemente, en España, se aprobó el RD 32/2009 de 16 de Enero, Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples. Este protocolo de actuación será de aplicación obligatoria al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, los Institutos de Medicina Legal sobre los que las comunidades autónomas no hayan asumido competencias, las unidades de policía judicial orgánicamente dependientes del Ministerio del Interior; también será de aplicación a los Institutos de Medicina Legal y a las unidades de policía judicial orgánicamente dependientes de las comunidades autónomas, cuando éstas lo asuman voluntariamente. Otras comunidades autónomas como País Vasco, Comunidad Valenciana no lo han asumido y tienen su propio protocolo de actuación. En la exposición desarrollaremos los puntos más importantes en relación a la identificación de victimas de este protocolo por la importancia de conocer el mismo para los profesionales que de un modo u otro podríamos trabajar en una situación de este tipo.

Según se recoge en el mismo, la finalidad del Protocolo Nacional de actuación médico-forense y de la Política Científica en sucesos con víctimas múltiples consiste en regular la asistencia técnica a los jueces y tribunales para la identificación de los cadáveres y determinación de las causas y circunstancias de la muerte en este tipo de situaciones. Todo ello, en el marco de las previsiones de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de Junio, del Poder Judicial, que en su artículo 479.2 establece esta asistencia técnica por parte de los médicos forenses destinados en los Institutos de Medicina Legal y en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, y en el artículo 480 establece la misión de auxilio a la Justicia del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

El protocolo está organizado en:

*Capítulo I:* Disposiciones generales.

*Capítulo II.* Fases de actuación del Protocolo nacional de actuación médico- forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.

*Capítulo III.* Laboratorios.

*Capítulo IV.* Centro de integración de datos.

Formularios y Actas que vienen recogidas en los Anexos (Anexo I—Anexo VII.5).

En el Capítulo II se recogen las tres fases para la identificación de víctimas en sucesos con víctimas múltiples.

- a.- Fases preliminares al tratamiento de cadáveres y restos humanos.
- b.- Fase de tratamiento de cadáveres y restos humanos.
- c.- Fase de obtención de datos “antemorten” en el área de asistencia a familiares.

En la primera Fase “preliminares al tratamiento de cadáveres y restos humanos” se recogen las siguientes pautas de actuación:

- Comprobación de la noticia del suceso por el Cuerpo de Seguridad que tenga atribuida la competencia territorial y comunicación a la autoridad judicial que a su vez, lo comunicará al Médico Forense de guardia y éste a su vez al Director del Instituto de Medicina Legal.
- Tras las tareas de rescate de supervivientes, el área quedará preservada con acordonamiento de la zona y la implantación de los servicios de seguridad por parte de la fuerza o cuerpo de seguridad competente por razón del territorio.
- Una vez personada la autoridad judicial competente en el lugar del siniestro se procederá por una parte a realizar la inspección ocular técnico-policial del lugar, señalización y cuadrículado de la zona por parte de un equipo de especialistas de Policía Científica diferente al de los equipos de identificación, y por otra parte al inicio de los trabajos de identificación llevado a cabo por los Equipos de Identificación de Víctimas de Grandes Catástrofes (IVD), de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, de las policías autonómicas, y del Instituto de Medicina Legal que tenga la competencia territorial.

En la segunda Fase “de tratamiento de cadáveres y restos humanos” se diferencian dos zonas de trabajo, un área de recuperación y levantamiento de cadáveres, restos humanos y efectos y un área de depósito de cadáveres.

1.- En el primer área, se trabajará de forma coordinada entre los Institutos de Medicina Legal y los equipos IVD de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y de las Policías Autonómicas formando equipos de levantamiento,

en función del número de cadáveres, que estarán formados por un Médico Forense, miembros de los equipos IVD de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o de las policías autonómicas y personal auxiliar. Se procederá a la recogida de todo cuerpo o resto humano que se pueda reconocer como tal. A los efectos de necroidentificación, se considerarán como restos humanos aquella parte del cuerpo humano anatómicamente identificables de suficiente entidad para su tratamiento, procedente de mutilaciones sobrevenidas por el suceso. Los datos descriptivos y documentales se recogerán en el correspondiente “Formulario de levantamiento de cadáveres o restos humanos en sucesos con víctimas múltiples”, único para los Médicos Forenses y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y que consta de original y copia; el original quedará en poder del equipo IVD y la copia, así como los objetos personales que porten las víctimas serán introducidos de forma independientes en bolsas herméticas, referenciados con etiquetas identificativas dentro del sudario que contenga el cadáver, que también irá etiquetado con la misma numeración. Cuando las bolsas de restos humanos recogidas se incluyan en una bolsa o contenedor de recogida común de restos se redactará un Acta de relación de restos, tal y como queda reflejado en el anexo II, y se irá consignando, de forma exhaustiva e individual el tipo de resto que se recoge y el número que se le asignó.

El traslado de los cadáveres y restos humanos desde el lugar del levantamiento hasta el depósito establecido, será supervisado por los responsables de los equipos de levantamiento, cumplimentando las Actas de traslado al depósito de cadáveres y restos humanos (Anexo IV).

Las actuaciones básicas asignadas a los Médicos Forenses en esta área:

- El diagnóstico de la muerte.
- La data de la misma.
- El examen del cadáver.
- La diferenciación entre cuerpos y restos humanos.
- La obtención de muestras biológicas in situ, si procede.
- La resolución de todas aquellas cuestiones médicas o biológicas que puedan plantearse en esta fase.

Las actuaciones básicas asignadas a los equipos IVD de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y policías autonómicas se centrará en lo relativo a:

- El reportaje fotográfico y videográfico.
- El levantamiento de planos y croquis.
- El etiquetado, incluyendo pulseras o bridas, de todos los cuerpos y restos humanos.
- La obtención de la necrorreseña correspondiente conforme al anexo I (al final del capítulo se recogen los anexos), si las condiciones cadavéricas y medio ambientales lo permiten.
- La recogida de objetos que no porten los cadáveres y la cumplimentación del Acta de relación de objetos (Anexo III).

2.- En el segundo área, de depósito de cadáveres, se verificará la recepción por personal del Instituto de Medicina Legal (anexos IV y V) y se procederá a la necroidentificación y a las autopsias. En esta área se distinguirán las siguientes zonas de trabajo:

a.- La zona de recepción de cadáveres y restos humanos. En el momento de recibirlos se les asignará el número de archivo del Instituto de Medicina Legal que les corresponda, siendo por tanto el registro numérico de los cadáveres el siguiente: Número de levantamiento/ número del Instituto de Medicina Legal. En esta fase los Médicos Forenses iniciarán los trabajos de clasificación de los cadáveres, distinguiendo entre cadáveres identificados dactilarmente o que sea inminente su identificación a través de las impresiones dactilares que se tomaron en el momento del levantamiento del cadáver y no identificados dactilarmente (Anexo V y Anexo VI, 1 y 2).

b.- La zona de necroidentificación y autopsias. Los cadáveres que hayan sido identificados por necrorreseña recibirán diferente tratamiento de los no identificados por necrorreseña; a su vez también se distinguirá el tratamiento de cadáveres y el de restos humanos.

Los cadáveres identificados dactilarmente se custodiarán en un lugar específico. Si procede se les realizará, el estudio radiológico y la práctica de las autopsias judiciales, siendo preceptiva la obtención de una muestra indubitada en el cadáver para, en su caso, poder realizar el análisis de DNA, conforme a lo establecido en las “Recomendaciones para la recogida y remisión de muestras con fines de identificación genética en sucesos con víctimas múltiples” (Anexo VII.1), y utilizando el Acta oficial para la toma de muestras “post-mortem” de DNA (Anexo VII.2).

Los cadáveres no identificados dactilarmente se custodiarán en lugar aparte y se efectuarán en ellos, si fueran necesarias a efectos de identificación, de forma rigurosa y por el orden que se establece a continuación, las siguientes actuaciones de identificación forense:

- Obtención de la necrorreseña de los diez dedos y de las palmas de las manos, previamente se recibirá el cadáver y su expediente, se abrirá la bolsa y se harán las comprobaciones oportunas, se realizará un reportaje fotográfico general de la bolsa y del cadáver.
- Se realizará la autopsia.

La autopsia, es una actividad exclusiva del médico forense, cuyo fin es obtener datos para la identificación y determinación de las causas y circunstancias de la muerte, así como la obtención de muestras para la realización de análisis complementarios. Los médicos forenses se harán cargo de la obtención, interpretación y cotejo de los datos identificativos derivados de la autopsia, según lo dispuesto en el Reglamento de los IML, procediéndose a la reseña de los mismos en los formularios que se establezcan, basados en los formularios de la Interpol en cooperación con los Cuerpos Policiales. La autopsia comprenderá las siguientes actuaciones:

**Preparación del cadáver.** Las ropas y efectos personales se pasarán a los cuerpos policiales para fotografía y reseña en los formularios de INTERPOL.

Estudio radiológico de todo el cadáver con el fin de obtener datos identificativos y otros que contribuyan a establecer la causa de la muerte.

**Examen Externo.** El mismo se completará con dos series fotográficas, es decir, fotografías antes y después del lavado del cadáver y de las lesiones traumáticas que sirvan para ilustrar el informe de autopsia y fotografías con fines identificativos que se unirán a los impresos basados en los formularios de Interpol que se vayan cumplimentando.

**Examen Odontológico.** Se realizará, si procede, obteniendo asimismo fotografía de frente, de los bordes dentarios anteriores, incisivos, caninos y premolares; se extraerán las prótesis móviles que serán fotografiadas y reseñadas con el número de registro del cadáver y también se extraerán maxilares y mandíbula o la realización de radiografías, si fueran necesarios estudios más complejos.

**Examen Interno.** Si fuera necesario, se realizará la apertura de cavidades para concretar la causa de muerte así como para obtener datos identificativos intracorporales. Cuando sea preciso, se tomarán muestras para análisis tanto de tóxicos como de explosivos, acelerantes de fuego y otros.

Recogida de muestras para DNA, será obligatoria la obtención de una muestra indubitada del cadáver para la obtención de perfiles genéticos, por si fuese necesario, especialmente si hay que relacionar el cuerpo con restos humanos pendientes de identificar, conforme a los criterios establecidos en el Anexo VII.1 y utilizando el cata oficial para la toma de muestras “post-mortem” de DNA (Anexo VII.2). El tipo de muestra más adecuado para el análisis de DNA viene determinado por las características del suceso y el estado de los restos humanos. Las más frecuentes son: Músculo esquelético, fragmentos de órganos, piel, sangre. Cuando los restos humanos están putrefactos, es más adecuada la recogida de piezas dentales que no estén dañadas ni restauradas, huesos preferentemente hueso largo o uñas. En casos de incendios, dependiendo del estado de carbonización, puede recogerse músculo esquelético de zonas profundas o sangre semisólida de las cavidades cardiacas. Si la carbonización es severa, se recogerán huesos, piezas dentales o uñas (los menos afectados).

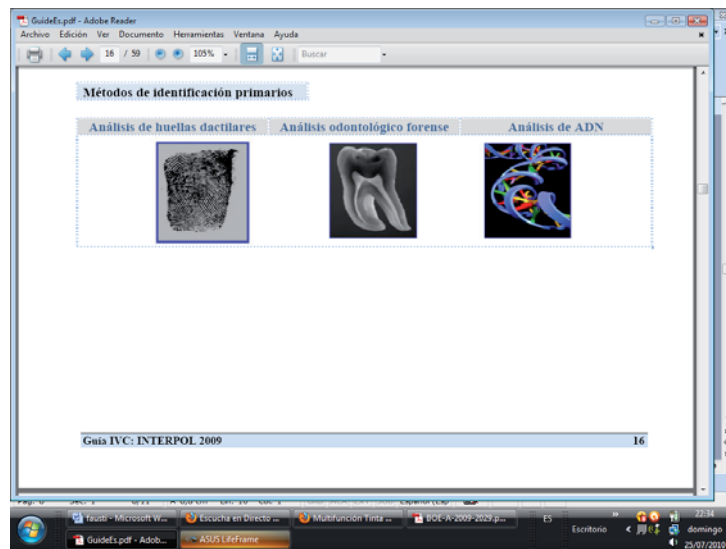
Los hallazgos obtenidos en los estudios anteriores, que sean de interés para la identificación serán canalizados al Centro de Integración de Datos.

El tratamiento de los restos humanos se realizará en la sala de autopsias y se efectuará con fotografías de conjunto y de detalle de los mismos, y de las lesiones traumáticas que sirvan para ilustrar el informe de autopsia. Se procederá a tomar muestras para el estudio de DNA, con el fin de agrupar genéticamente aquellos fragmentos de suficiente entidad para poder completar lo más posible el cadáver (Anexo VII.2).

Tanto en los formularios de recogida de muestras (dubitadas y de referencia) como en los recipientes utilizado para el envasado de dichas muestras debe existir un espacio dedicado a la cadena de custodia, que siempre deber ser correctamente cumplimentado. En los formularios, los datos específicos que deben constar son: el código asignado a la muestra, el número de precinto del envase, la fecha y hora de la toma, el nombre o identificación de la persona que realiza la toma, el nombre o identificación de la persona que chequea la muestra. En los envases primarios y / o secundarios, los datos específicos

que deben constar son: la fecha de la toma, el nombre o identificación de la persona que realiza la toma.

Al final de todo el proceso de autopsia la documentación (anexos V, VI.1 y VI.2) será remitida al control de calidad, formado por dos miembros, un médico forense y un miembro de la Policía Científica. La función de control de calidad será comprobar que se han completado todas las operaciones, se han recogido y documentado las muestras y objetos personales y se ha observado la cadena de custodia. Las personas que realicen el control de calidad serán los encargados de ordenar el traslado del cadáver a la zona de conservación y custodia; en el caso de comprobar deficiencias ordenarán un nuevo examen parcial o total del cadáver o resto humano.



c.- La zona de conservación y custodia de cadáveres y restos humanos. Una vez obtenidos los datos de identificación, realizadas las autopsias y superado el control de calidad, el cadáver o resto humano pasará a la zona de conservación y custodia, estando esta actividad controlada por personal de IML competente.

La entrega de cadáveres a familiares o personas allegadas se realizará cuando lo autorice la autoridad judicial cometerle, una vez que los cadáveres estén plenamente identificados y el dictamen de identificación por cadáver

haya sido remitido a dicha Autoridad Judicial. Aquellos cadáveres que no hayan sido identificados o cuya identificación se presuma difícil, quedarán a disposición de la autoridad judicial, que será quién ordene el destino de los mismos (enterramiento, traslado a otro sitio,..., siempre que se haya confirmado que se han llevado a cabo todos los trabajos de autopsia y de obtención de datos post-mortem que permitan su posterior identificación).

d.- La zona de conservación y custodia de objetos personales. Los mismos se depositarán y se custodiarán en la zona de conservación y custodia del IML correspondiente, adecuadamente identificados, y se entregarán a los familiares, previo levantamiento de un acta, cuyo original se remitirá al Juzgado quedando copia en el IML.

Por último la Fase de obtención de datos “ante-mortem” en el área de asistencia a familiares. Esta área consta de cuatro zonas básicas:

El punto de información. Se dará información a familiares y allegados, y se orientará a los mismos para que sean atendidos correctamente a lo largo del proceso.

La oficina de recepción de denuncias. Se encargará de tramitar todas las denuncias sobre personas desaparecidas o posibles víctimas, y estará atendida por personal de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y policías autonómicas, elaborando las listas de desaparecidos y centralizando todos los datos en relación a los mismos, entre otras funciones.

La oficina de obtención de datos “ante-mortem” u oficina “ante-mortem”. Su fin primordial es la obtención de todos aquellos datos específicos individuales que permitan, de una forma científica y ordenada, orientar la identificación de las víctimas. Los equipos “ante-mortem” que trabajan en esta zona recabarán de familiares, amigos, testigos, instituciones públicas o privadas, todos los datos identificativos posibles de las supuestas víctimas, entendidas, en sentido amplio, considerándose también como víctimas las personas supervivientes que hayan sido trasladadas a centros hospitalarios y que sea necesario identificar. Estos equipos estarán constituidos por funcionarios de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Policías autonómicas y personal médico Forense y del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, formando equipos en número suficiente en función de la magnitud del suceso.

La zona de asistencia sanitaria, social y psicológica. Aquí se ubicarán los equipos de psicólogos, médicos y asistentes sociales encargados de atender a los familiares y allegados de las víctimas o desaparecidos.

Las funciones generales de los “equipos ante-mortem” son las siguientes:

- a.- determinar y dar a conocer públicamente qué información “ante-mortem” de las posibles víctimas deberán aportar las familias. Entre otra, esta información podrá consistir en fotografías, datos personales, y antropométricos, historias médicas, radiografías generales y dentales, moldes dentales u odontólogo habitual. Para todo ello se contará con una guía informativa.
- b.- Coordinar y dirigir a otros profesionales que se personen en el lugar.
- c.- Obtener datos que puedan facilitar la identificación tales como vestimenta, efectos personales, tatuajes, fichas dentales o radiografías dentales, operaciones quirúrgicas realizadas, uso de prótesis internas, uso de marcapasos o cualquier otro dato identificativos.
- d.- Obtener la lista de familiares disponibles para la toma de DNA (Anexo VII.3).
- e.- Obtener muestras biológicas de familiares directos y / o “ante-mortem” del fallecido para análisis de DNA. Actas de recogida conforme a lo establecido en Anexo VII.4 y VII.5.
- f.- Recoger los datos “ante-mortem” siguiendo las directrices de los formularios INTERPOL.
- g.- Enviar los expedientes al centro de Integración de datos.

Por último el CENTRO DE INTEGRACION DE DATOS, tiene como función reunir y supervisar los diferentes informes de identificación que se realicen por las distintas instituciones, según los datos recogidos en los distintos Anexos del presente real decreto, previo a su remisión a la autoridad Judicial competente. Una vez procesada toda la información procedente de las dos oficinas (Forense y de los Cuerpos y Fuerzas Policiales), el Centro de Integración de Datos elaborará un dictamen de identificación que será firmado por los responsables de la emisión del informe y otro de la causa de la muerte que será firmado por los médicos forenses del Servicio de Patología del IML actuante para su remisión a la Autoridad Judicial competente.

Actualmente, la experiencia en cuanto a la aplicación práctica de dicho R. D. es poca, su desarrollo y adecuación se verá reforzada con la utilización

del mismo en los diversos sucesos; no obstante y para una adecuada aplicación del mismo es fundamental la formación, la familiarización con los diferentes formularios de todos los profesionales que deban hacer frente a este tipo de situaciones.

## FORMULARIOS Y ACTAS

### Anexos

**Anexo I.** Formulario de levantamiento de cadáveres o restos humanos en sucesos con víctimas múltiples. R.D. 32/2009, de 16 de Enero, por el que se aprueba el Protocolo Nacional de actuación Médico Forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples. BOE 06.02.1099, Pág. 12646-12649.

**Anexo II.** Acta de relación de restos humanos. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12650-12651.

**Anexo III.** Acta de relación de objetos. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12652-12653.

**Anexo IV.** Acta de traslado al depósito de cadáveres y restos humanos. R.D. 32/2009, de 16 Enero. 12654.

**Anexo V.** Formulario del área de depósito de cadáveres y restos humanos en sucesos con víctimas múltiples. R.D. 32/2009, de 16 Enero. 12655-12657.

### Anexo VI.

Formulario de trabajo de cadáveres identificados dactilarmente. R.D. 32/2009, de 16 Enero. 12658-12659.

Formulario de trabajo de cadáveres sin identificar dactilarmente. R.D. 32/2009, de 16 Enero. 12660-12661.

### Anexo VII.

Normas y actas de recogida de muestras de ADN. recomendaciones para la recogida y remisión de muestras con fines de identificación genética en suceso con víctimas múltiples. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12662-12668.

Formulario Oficial para la toma de muestras “post-mortem” de DNA. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12669.

Formulario Oficial de familiares disponibles para la toma de DNA. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12670.

Formulario Oficial para la toma de muestras de referencia de DNA de los familiares. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12671-12672.

Formulario Oficial para la toma de muestras de referencia de ADN “ante-mortem”. R.D. 32/2009, de 16 Enero. Pág. 12673.

## BIBLIOGRAFIA.

Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas. Oficina del alto comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Asamblea General, 20 de diciembre del 2006.

Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), 8 de junio de 1977. Anexo I (Protocolo I): Reglamento relativo a la identificación (según fue enmendado el 30 noviembre 1993).

Informe del CIRC: Las personas desaparecidas y sus familiares. Resumen de las conclusiones de consultas anteriores a la Conferencia Internacional de expertos gubernamentales y no gubernamentales (Ginebra 2003).

R.D. 32/2009, de 16 de Enero, por el que se aprueba el Protocolo Nacional de Actuación Médico Forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples. BOE 06 de febrero de 2009.

Manual de identificación de víctimas de catástrofe. Organización Internacional de Policía Criminal INTERPOL (2009).

**Etxeberria Gabilondo, Dr. Francisco.** *Panorama organizativo sobre Antropología y Patología Forense en España.* Algunas propuestas de protocolo para el estudio de fosas con restos humanos de la Guerra Civil española de 1936. La memoria de los nuestros.

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

**Rodes Lloret, Fernando y Martí Lloret, Juan Bautista.** *Antropología Criminológica.* 2001. Universidad Miguel Hernández.

**Robledo Acinas, María del Mar, Sánchez Sánchez, José Antonio, Perea Pérez, Bernardo, Labajo González, Elena.** *Protocolo de Antropología Forense.* Escuela de Medicina Legal de Madrid. Facultad de Medicina (Universidad Complutense de Madrid).

## **IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS EN SITUACIONES ESPECIALES: TÉCNICAS ESPECIALES DE IDENTIFICACIÓN EN VÍCTIMAS DE DESASTRES Y GRANDES CATÁSTROFES<sup>1</sup>**

*Carmen Torres Sánchez.*

### **INTRODUCCION**

Las catástrofes, también llamadas por otros autores “desastres de masas”, ya sean naturales (efectos de huracanes, terremotos, incendios, inundaciones...), ya sean originadas por lo hombres (atentados terroristas, explosiones no terroristas, explosiones en minas, incendios provocados...) son cada día más frecuentes en nuestro medio, poniendo como ejemplo las derivadas de los atentados del 11 de septiembre de 2001 (Torres Gemelas, Nueva York), el del 11 de marzo de 2004 (Madrid), el accidente del Yakolev-42 (mayo de 2004) entre otras.

Constituyen un grave problema por la alarma social que despiertan, el sufrimiento que causan y la necesidad imperiosa, por parte de las personas implicadas (fundamentalmente familiares de las víctimas), de obtener respuestas rápidas y efectivas para identificar a sus familiares y disponer de ellos.

Ante éstas situaciones, todos los estamentos implicados en la resolución de la situación, se ven presionados, no solo por las familias de las víctimas, sino también por los medios de comunicación y políticos, pudiendo llevar todo ello a cometer errores en la identificación de las víctimas, como ocurrió en el ya tristemente famoso caso del Yak 42.

Son varios los motivos que vienen condicionando la posibilidad, cada día mas frecuente, de accidentes en los que se producen gran cantidad de víctimas de manera simultánea.

Por una parte, las aglomeraciones urbanas que concentran a los habitantes en ciudades cada vez mas populosas, a lo que se une las precarias condiciones

---

<sup>1</sup> Dra. Carmen Torres Sánchez. Médico Forense. Jefe de Sección de Laboratorio del IML de Murcia. Profesora asociada de la Universidad de Murcia.

urbanísticas de seguridad que éste crecimiento desmesurado lleva aparejado.

Por otro lado, la exigencia de un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos energéticos y la constante mejora de las vías de comunicación terrestre, impuesta por el espectacular desarrollo de la industria automovilística, han hecho que las grandes obras de ingeniería proliferen por doquier y originen, ocasionalmente, accidentes con numerosas víctimas humanas cuando se dan circunstancias extraordinarias de intensísimas lluvias y riadas que provocan el derrumbe de aquellas.

Un tercer factor está representado por el incremento de los viajes colectivos que han hecho aumentar el número de accidentes con gran cantidad de fallecidos. Estos accidentes ocurren tanto en medios terrestres como marítimos y, particularmente, en el caso del transporte aéreo de viajeros, al ser éste el medio que mueve mayor número de pasajeros, unido a la alta incidencia de víctimas mortales.

Otro factor que en los últimos años está cobrando un protagonismo no deseado en cuanto a la producción de numerosas víctimas mortales simultáneas, son los actos terroristas (11S, 11M, etc), donde la identificación cadavérica se hace, si cabe, mas imperiosa.

En todos los casos de grandes catástrofes, es preceptiva la instrucción sumarial, según lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Surgen así, una serie de problemas médico legales y de otra índole que han de ser resueltos. Tales problemas pueden clasificarse en 2 grandes grupos: aspectos organizativos y problemas estrictamente médico legales.

La sociedad moderna vive expuesta a un riesgo cada vez mayor de sucesos que generan la muerte de un elevado número de personas. A los desastres naturales se suman en la actualidad los efectos de accidentes de transportes colectivos (ferrocarril, avión,...) y desgraciadamente con una mayor frecuencia, del terrorismo.

Cada día se suceden nuevos avances tecnológicos que permiten afrontar de manera más efectiva las necesidades generadas por este tipo de acontecimientos (redes telemáticas de comunicación e información, procesado informático de los datos, procedimientos más fiables y rápidos de identificación,...), siendo obligación de los poderes públicos disponer en estos casos de los medios

humanos y materiales más idóneos en beneficio de los ciudadanos afectados.

Los avances sufridos por la medicina forense en relación con las técnicas de identificación de cadáveres (Antropología y Odontología Forenses, ADN,...) y las peculiaridades de la organización de la actividad científico-judicial en nuestro país, requieren la participación y coordinación de diversos estamentos (Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Comisaría General de Policía Científica) dependientes de instancias administrativas distintas (Ministerio de Justicia, Consejerías de Justicia de Comunidades Autónomas con competencias transferidas y Ministerio del Interior).

### ***CARACTERÍSTICAS DE LAS CATASTROFES:***

Las catástrofes se caracterizan por ser un acontecimiento inesperado, inhabitual y extraordinario, que genera, al menos durante un tiempo, una desproporción o un desbalance entre los medios de auxilio disponibles y las necesidades creadas por el suceso.

Dicha desproporción puede ser cualitativa o cuantitativa o las dos a la vez, apareciendo rápidamente, de forma brutal y que altera el desarrollo normal del colectivo donde incide.

Tiene un carácter colectivo de manera que afecta a un sector de la población concentrado en una zona de forma permanente o eventual y supone una destrucción colectiva material y humana. Material porque afecta a los sistemas de vida, de producción, de transporte además de crear unas condiciones de vida desfavorables, y humana porque desde el primer momento se producen gran numero de víctimas, mortales o no.

Además, toda esta destrucción se produce al mismo tiempo y para su resolución es necesaria la intervención de medios de auxilio extraordinarios por su numero y por su naturaleza, pudiendo ser muy prolongado tanto en el tiempo como en el espacio.

El Real Colegio de Patólogos de Londres define los grandes desastres como: “incidentes con múltiples fallecimientos, de tal magnitud que requiere disposiciones especiales para ser resuelto”.

La intervención de los Médicos Forenses, estará encaminada al diagnóstico de la muerte, el esclarecimiento de la misma y la identificación de los cadáveres, siendo de importancia capital la planificación previa y la formación. Los métodos empleados para la fase de levantamiento del cadáver y la identificación van a tener unas características propias y particulares, por tanto se requiere de un equipo y protocolos de actuación establecidos a tal efecto para su resolución, con la participación activa de personal experto de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Facultativos del INTCF y de personal auxiliar.

España no contaba con una estructura organizada para la actuación de equipos médico forenses en situaciones de catástrofe o sucesos de múltiples víctimas. Los atentados del 11 de Marzo en Madrid, evidenciaron una serie de carencias importantes en la planificación de la actuación médico forense, subsanadas en parte por el celo profesional con que actuaron los distintos profesionales involucrados, ciertas iniciativas personales y el buen estado general de la mayoría de los cadáveres que permitió la identificación del 76% de las víctimas por huellas dactilares, en un país en el que el 100% de la población residente está registrada dactilarmente.

A raíz de ello, se consideró que la organización de una estructura nacional de actuación médico forense en catástrofes facilitaría así mismo la respuesta solidaria a requerimientos internacionales de ayuda y la integración en estructuras supranacionales, especialmente en la Unión Europea, en un momento en que se prevé la creación de organizaciones para la cooperación internacional, tal como la denominada Red Europea de Protección Civil.

Todo ello justificó la necesidad de incluir la actividad médico forense en los planes de emergencia, con las modificaciones legales oportunas y la creación, a iniciativa de la Administración del Estado, de una estructura nacional de actuación médico forense en catástrofes, articulada a través de los correspondientes Institutos de Medicina Legal, lo que finalmente ha dado como resultado la elaboración del **Real Decreto 32/2009, de 16 de enero**, por el que se aprueba el **Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples**.

Analizaremos de forma resumida lo reglamentado en el Real Decreto.

En el R.D. se establece: La finalidad del Protocolo nacional de actuación

médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples consiste en regular la asistencia técnica a los jueces y tribunales para la identificación de los cadáveres y determinación de las causas y circunstancias de la muerte en este tipo de situaciones. Todo ello, en el marco de las previsiones de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de junio, del Poder Judicial, que en su artículo 479.2 establece esta asistencia técnica por parte de los médicos forenses destinados en los Institutos de Medicina Legal y en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, y en el artículo 480 establece la misión de auxilio a la Justicia del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

De esta forma, el procedimiento que se regula en este Protocolo comprende una serie de actuaciones que están dirigidas por la autoridad judicial competente, sin que puedan verse afectadas por otras que corresponden a las Administraciones Públicas y, de manera especial, en materia de Protección Civil

De otra parte, los avances experimentados por la medicina forense en relación con las técnicas identificativas y las peculiaridades de la organización de la actividad científico judicial en nuestro país, requieren la participación y coordinación de diversos estamentos dependientes de distintas instancias administrativas, como son el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, la Comisaría General de Policía Científica y el Servicio de Criminalística de la Guardia Civil y las policías autonómicas donde estén constituidas. Esa necesidad de participación y coordinación exige la creación de un Protocolo Nacional que regule formalmente tanto las técnicas que deben aplicarse como las distintas labores a realizar en los supuestos de sucesos con víctimas múltiples.

Disposición adicional segunda. *Creación de la Comisión Técnica Nacional para Sucesos con Víctimas Múltiples.*

#### Composición:

a) Un Presidente y un Vicepresidente, cargos que ejercerán en rotaciones bienales el Director General de Relaciones con la Administración de Justicia del Ministerio de Justicia y el Director General de la Policía y de la Guardia Civil del Ministerio del Interior.

## b) Vocales:

- 1.º Un representante designado por cada una de las comunidades autónomas que se hayan adherido a este Protocolo.
  - 2.º Un representante de cada una de las policías autonómicas cuya comunidad autónoma se haya adherido a este Protocolo.
  - 3.º El Director del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.
  - 4.º Un Médico Forense designado por el Ministro de Justicia.
  - 5.º Dos funcionarios del Ministerio de Justicia pertenecientes al Grupo A1.
  - 6.º Dos funcionarios del Ministerio del Interior pertenecientes al Grupo A1.
  - 7.º Podrán asistir a la Comisión Técnica Nacional los directores de los Institutos de Medicina Legal que sean convocados por el Ministerio de Justicia o por la comunidad autónoma de la que dependan.
- c) Un Secretario, cargo que ejercerá en rotaciones bienales un funcionario del Grupo A1 del Ministerio de Justicia y un funcionario del Grupo A1 del Ministerio del Interior.

Artículo 3. Funciones.

1. La función del Protocolo nacional de actuación médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples consiste en regular la actuación coordinada de los Médicos forenses, a través de los Institutos de Medicina Legal, con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, policías autonómicas y con el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, en los planes de emergencia ante sucesos con víctimas múltiples a nivel nacional y su posible colaboración a nivel internacional.

2. Las actuaciones médico-forenses y de policía científica previstas en este Protocolo, se ejercerán de acuerdo con las órdenes e instrucciones dictadas por el órgano judicial competente en el curso de las correspondientes actuaciones procesales.

Artículo 4. Fases de actuación

La actuación establecida en el Protocolo Nacional ante sucesos con víctimas múltiples se producirá en tres fases:

- a) Fases preliminares al tratamiento de cadáveres y restos humanos.
- b) Fase de tratamiento de cadáveres y restos humanos.
- c) Fase de obtención de datos «ante mortem» en el área de asistencia a familiares.

Artículo 5. Fases preliminares de actuación al tratamiento de cadáveres y restos humanos.Artículo 6. Áreas de trabajo de la fase de tratamiento de cadáveres y restos humanos.

La fase de tratamiento de cadáveres y restos humanos se realizará en las siguientes áreas de trabajo:

- a) Área de recuperación y levantamiento de cadáveres, restos humanos y efectos.
- b) Área de depósito de cadáveres. Subsección 1.ª Área de recuperación y levantamiento de cadáveres, restos humanos y efectos

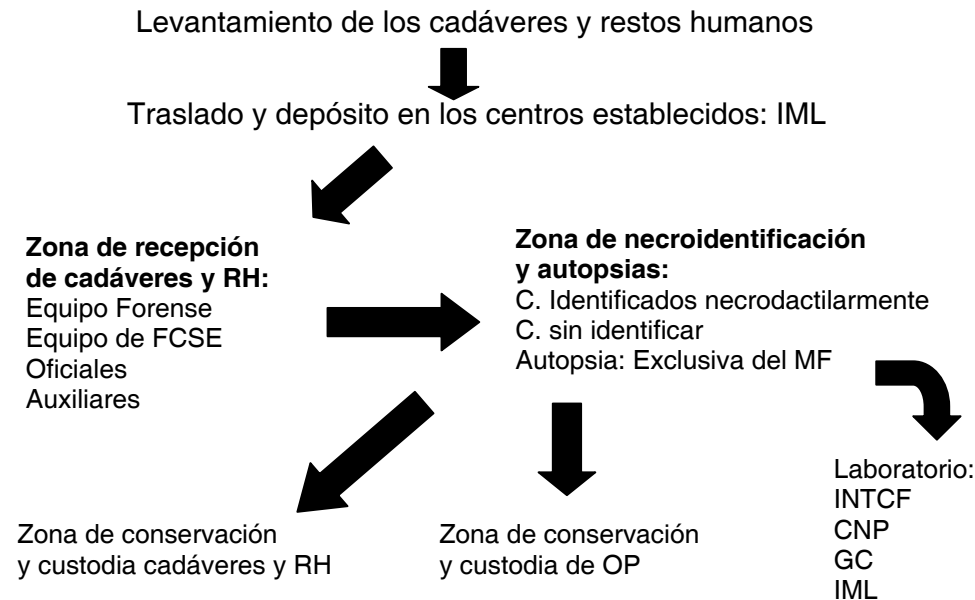
Artículo 7. Equipos actuantes.

1. El trabajo en esta área se realizará de forma coordinada entre los Institutos de Medicina Legal y los equipos IVD de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y de las Policías Autonómicas, existiendo por cada una de estas instituciones un responsable o mando único que se encargará de realizar dicha coordinación.

2. Cada equipo de levantamiento estará formado por un Médico forense, miembros de los equipos IVD de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o de las policías autonómicas y personal auxiliar.

3. El número de equipos en el levantamiento se determinará en función del

número de cadáveres y de las características específicas de cada suceso, y será establecido por el Director del Instituto de Medicina Legal y el responsable de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o policías autonómicas, siendo el médico forense quien coordinará las actuaciones que se realicen sobre los cadáveres o restos humanos.



### FORMULARIOS Y ACTAS Anexos

**Anexo I.** Formulario de levantamiento de cadáveres o restos humanos en sucesos con víctimas múltiples.

**Anexo II.** Acta de relación de restos humanos.

**Anexo III.** Acta de relación de objetos.

**Anexo IV.** Acta de traslado al depósito de cadáveres y restos humanos.

**Anexo V.** Formulario del área de depósito de cadáveres y restos humanos en sucesos con víctimas múltiples.

**Anexo VI.**

1. Formulario de trabajo de cadáveres identificados dactilarmente.

2. Formulario de trabajo de cadáveres sin identificar dactilarmente.

**Anexo VII.** Normas y actas de recogida de muestras de ADN.

1. Recomendaciones para la recogida y remisión de muestras con fines de

identificación genética en sucesos con víctimas múltiples.

2. Acta oficial para las tomas de muestras «post mortem» de ADN.

3. Formulario oficial de familiares disponibles para la toma de ADN.

4. Acta oficial para la toma de muestras de referencia de ADN de los familiares (hojas 1 y 2).

5. Acta oficial para la toma de muestras de referencia de ADN «ante mortem» del fallecido.

### **PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES EN GRANDES CATÁSTROFES**

1.- Organizativos

2.- Estrictamente Médico legales:

- Determinación de la causa de la muerte
- Mecanismo de la misma
- Conmoriencia de las víctimas
- Identificación de los fallecidos
- Datos especiales para la prevención de éstos casos

a) Determinación de la causa de la muerte:

- Incendio: determinación de CHb, negro de humo en vías respiratorias.

- Sumersión: hidremia, determinación de estroncio

b) Mecanismo: Sobrevivencia

c) Conmoriencia: CC, artic 31: si se duda entre 2 o mas personas llamadas a sucederse quien de ellas ha muerto primero, el que sostenga la muerte anterior de una u otra debe probarla; a falta de prueba, se presumen muertas al mismo tiempo y no tiene lugar la transmisión de derechos de uno a otro.

### **TÉCNICAS DE IDENTIFICACIÓN**

Los cadáveres de las grandes catástrofes sufren, habitualmente, alteraciones profundas de sus rasgos fisonómicos que los hacen irreconocibles:

-por la acción del fuego que provoca una carbonización

-por la violencia traumática que origina atricciones, machacamiento e incluso desmembramiento y fragmentación del cadáver.

**METODOLOGÍA:**

- 1.- Data de la muerte
- 2.- Especie a que pertenecen los restos (I. medular, c. Havers,)
- 3.- A que individuo pertenecen: datos antropométricos (edad, sexo, raza, talla)

La Antropología Forense (A.F.) constituye un campo especializado de asesoramiento médico forense que tiene como propósito principal el estudio de “cadáveres en mal estado” con el fin de obtener datos encaminados a establecer rasgos físicos y características personales que permitan su identificación, así como la posible causa y circunstancias de la muerte

En estos casos el equipo de Antropología Forense persigue los siguientes objetivos:

- 1.- Contribuir a la recuperación organizada de los cuerpos y restos humanos
- 2.- Determinar el número mínimo de individuos (NMI) y proceder a la separación de restos mezclados.
- 3.- Describir restos incompletos y su estado (quemados, cubiertos o carentes de partes blandas, en descomposición...)
- 4.- Determinar y documentar el perfil biológico de cada individuo completo o incompleto (sexo, edad, estatura u otras características físicas similares)
- 5.- Trabajar con el radiólogo a fin de obtener las imágenes necesarias para hacer una estimación de la edad y sexo, y establecer cotejos comparativos entre imágenes radiológicas antemortem y postmortem para identificación basados en la observación de caracteres distintivos tales como tratamientos quirúrgicos, prótesis o patologías óseas (antemortem).
- 6.- Trabajar con el odontólogo a fin de obtener los registros dentales para estimación de la edad y establecer cotejos identificativos entre dichos registros antemortem y postmortem para identificación basados en la observación de caracteres distintivos tales como tratamientos odontológicos o patologías antemortem.
- 7.- Comparación de otros elementos físicos identificativos a través de imágenes fotográficas de rasgos distintivos tales como pabellones auriculares (Identificación de los bordes de la oreja en imágenes 2D).
- 8.- Intentar reasociar restos humanos parciales o incompletos.
- 9.- Auxiliar a los médicos forenses a determinar las circunstancias en que se ha producido las muertes.

Para realizar la identificación de los cadáveres, y sistematizando los procedimientos de menor a mayor complejidad, podemos establecer las siguientes técnicas:

- 1.- Fotografías del cadáver o resto cadavérico
- 2.- Recogida de objetos personales que porte la víctima.
- 3.- Estudio radiográfico seriado:
  - senos maxilares
  - callos de fractura
  - material de osteosíntesis, etc
- 4.- Toma de necrodactilares: solo será posible cuando los pulpejos de los dedos estén bien conservados y se pueda realizar una rehidratación de los mismos. Cuando es posible su realización, es fundamental para la identificación de aquellas personas cuyas huellas dactilares están registradas previamente, como ocurre con las personas españolas cuya toma es obligatoria para la obtención del D.N.I., en el que consta la impresión dactilar del dedo índice de la mano derecha. También es posible obtener una identificación positiva en los casos de personas con antecedentes penales en otros países y a cuyas huellas dactilares se puede tener acceso a través de la INTERPOL.



5.- Dientes: Son sin duda, el elemento mas resistente y los que pueden aportar datos decisivos en la identificación. Por éste motivo, siempre debe procederse a la obtención de los maxilares y marcarlos con el mismo número que tiene el cadáver del que se extraen. Como es lógico, la identificación odontológico solo será útil si se dispone del estado dental previo de la víctima, aunque determinadas características dentales (tipos de amalgamas, de prótesis dentales, etc), nos pueden orientar sobre la procedencia geográfica de la persona fallecida.

6.- Datos procedentes del examen del cadáver:

- Del examen externo: color de ojos, color del pelo, tatuajes, marcas congénitas, cicatrices, defectos morfológicos, amputaciones, etc.

- Del examen interno: extracción de prótesis para su cotejo hospitalario (mamarias, material de osteosíntesis, marcapasos, DAI, etc) o extrahospitalarias (dentales).

7.- Muestras indubitadas de la víctima para estudio de ADN y su posterior cotejo con los las muestras aportadas por las familias y/o con bases de datos de ADN. Las muestras mas adecuadas para realizar estudio de ADN son:

- 1.- músculo esquelético, especialmente si se dispone del cadáver completo (conservar refrigerado).
- 2.- Fragmentos de órganos (refrigerado)
- 3.- Piel (refrigerado)
- 4.- Sangre (5-10 ml en EDTA)
- 5.- Hueso, preferentemente largo
- 6.- Uñas (se envuelven por separado en papel absorbente)
- 7.- Dientes (2 a 6)

8.- Muestras de referencia de familiares para cotejo de ADN.

Los familiares mas indicados, por orden de preferencia son:

- ascendientes
- descendientes directos, hermanos
- otros

Los tipos de muestras son:

- Saliva: dos hisopos de la cara interna de las mejillas.
- Sangre: 2 o 3 gotas obtenidas por punción dactilar que se depositaran sobre tarjetas especiales para la recogida.

9.- Muestras de referencia ante-mortem del fallecido:

a) Muestras del entorno familiar:

- Cepillos de dientes
- Navajas o maquinillas de afeitar
- Peines y cepillos del pelo
- Ropa interior
- Dientes de leche, etc

b) Muestras de centros hospitalarios:

- Sangre
- Biopsias
- Citología o frotis, etc

Las muestras deben ser correctamente envasadas para garantizar una adecuada preservación hasta su llegada al laboratorio. Para ello, es conveniente seguir las siguientes recomendaciones generales:

- Empaquetar las muestras de forma individual
- Utilizar recipientes con cierre irreversible o doble envase, especialmente cuando se trate de fluidos biológicos
- Precintar los recipientes utilizados - Mantener siempre por separado las muestras dubitadas y las muestras de referencia.

Todos los recipientes utilizados para el envasado de muestras, deben estar correctamente etiquetados y con la cadena de custodia cumplimentada.

**CADENA DE CUSTODIA** Tanto en los formularios de recogida de muestras (dubitadas y de referencia) como en los recipientes utilizados para el envasado de dichas muestras debe existir un espacio dedicado a la cadena de custodia, que siempre debe ser correctamente cumplimentado. En los formularios, los datos específicos que deben constar son:

- El código asignado a la muestra
- El número de precinto del envase
- La fecha y hora de la toma
- El nombre o identificación de la persona que realiza la toma
- El nombre o identificación de la persona que chequea la toma

En los envases primarios y/o secundarios, los datos específicos que deben constar son:

- La fecha de la toma
- El nombre o identificación y firma de la persona que realiza la toma

Cuando se produce una catástrofe, el principal objetivo, una vez rescatadas todas las víctimas vivas y trasladadas a los centros hospitalarios, es identificar los cadáveres.

Esta labor debe ser realizada por un equipo coordinado de médicos forenses, especialistas en huellas dactilares, antropología forense, radiología, odontología forense, identificación genética y toxicología, cuyo número de miembros podrá variar en función de la magnitud y complejidad de la catástrofe.

### **ESTUDIO DE ADN**

La utilidad del ADN para realizar análisis en el ámbito de la Administración de Justicia ha adquirido, en pocos años, una importancia de primera magnitud en algunos procesos:

- 1.- Civiles: demandas de paternidad
- 2.- Penales:
  - Homicidios
  - Delitos contra la libertad sexual
- 3.- Identificación de cadáveres (particularmente útil):
  - Accidentes
  - Catástrofes naturales

Por ello, se ha ido incorporando a la Medicina Forense, dando lugar incluso a una especialidad dentro de la misma: Genética Forense

No es una novedad recurrir a las pruebas biológicas en éstos supuestos procesales, sobre todo, partiendo de muestras de sangre y de algunos de sus componentes o características (grupo ABO, HLA), pero los análisis de identificación por ADN, gracias al polimorfismo del ADN no codificante, ofrece la ventaja de su gran precisión, y también gracias a la reacción en cadena de la polimerasa, que permite que, aunque la muestra sea mínima (restos de saliva, un cabello), puedan realizarse cuantos análisis sean necesarios, dado que éstos análisis no comportan el agotamiento o la destrucción de la muestra biológica, incluso aunque los restos biológicos sean muy antiguos

No obstante, éstas pruebas originan problemas nuevos o acentúan otros ya planteados con anterioridad. Estos problemas podrían resumirse en los siguientes:

- 1.- Fiabilidad de los análisis, de las técnicas utilizadas y naturaleza y valoración procesal de sus resultados o perfiles de ADN.
- 2.- Voluntariedad u obligatoriedad de sometimiento a las pruebas de ADN por parte del sospechoso de cometer un delito o del demandado en un proceso de paternidad
- 3.- Oportunidad de archivar los resultados de los análisis de ADN (perfiles)

### **VENTAJAS Y APLICACIONES DEL USO DE LA PRUEBA DE ADN EN MF**

Es evidente que el análisis de los polimorfismos de ADN ha aumentado enormemente el rendimiento y las posibilidades del laboratorio de Genética Forense.

Esta prueba es de especial significación en la Criminalística Biológica, particularmente en el análisis de manchas de esperma, pelos y cabellos, saliva o manchas minúsculas de sangre.

No obstante, es de especial importancia el estado en el que llega la muestra al laboratorio, puesto que su degradación o contaminación pueden anular su realización.

En los casos de grandes catástrofes, ya sean naturales como provocadas, si bien la posibilidad de identificación de las víctimas suele basarse en un conjunto metodológico eficaz como la dactiloscopia, la antropometría, la

odontología y la radiología entre otras, en ciertas circunstancias y debido al estado de los restos, su uso resulta limitado y la identificación inequívoca de las víctimas solo podrá hacerse a través de la investigación de marcadores genéticos (Polimorfismos de ADN).

El ADN es una macromolécula en la que se almacena la información genética.

En una célula humana, el ADN se localiza principalmente en el núcleo, aunque también existe una pequeña cantidad de ADN en las mitocondrias, que son los orgánulos celulares encargados de la producción de energía.

El *ADN nuclear* mide aproximadamente dos metros de longitud en su totalidad, pero se encuentra dividido y muy compactado en los *cromosomas*, que son unas estructuras muy densas formadas por ADN y proteínas.

La información genética presente en el núcleo celular constituye el GENOMA.

El genoma humano nuclear consiste en 22 pares de cromosomas *autosómicos* y un par de cromosomas sexuales, X e Y, cuya combinación determina el sexo femenino (XX) o masculino (XY). En conjunto, cada célula somática contiene 46 cromosomas. La mayor parte de los análisis de identificación genética humana se centra en marcadores polimórficos localizados en los cromosomas autosómicos, y la determinación del sexo se lleva a cabo con algunos marcadores localizados en los cromosomas sexuales.

La posición que ocupa una determinada secuencia de ADN en el cromosoma se denomina *locus*.

A cada una de las distintas formas alternativas que ocupan un locus se le denomina *alelo*.

Todos los individuos de la especie humana son idénticos entre sí en un 99,98% de su ADN y sólo en el 0,02% restante (~600 000 nucleótidos) residen las diferencias entre unos y otros y que nos hacen un ser único (salvo en el caso de gemelos univitelinos que son genéticamente idénticos).

Dentro de esta pequeña proporción de ADN distintivo existen regiones

hipervariables o polimórficas que son las que nos permiten usar la información genética con fines de identificación.

## ANÁLISIS GENÉTICO

### *Extracción del ADN*

En los casos de grandes catástrofes en los que el número de víctimas es elevado, se hace necesario la adopción de métodos de extracción simples, de alto rendimiento y rápidos con el fin de acortar lo máximo posible los tiempos de obtención de resultados, muchos laboratorios van implementando métodos automáticos y robotizados en el análisis de ADN.

En la actualidad, se están desarrollando modos de extracción de muestras de referencia que permiten la automatización del proceso con el objetivo de incrementar el número de muestras a procesar,

Un ejemplo de robotización en el proceso de extracción de ADN a partir de restos óseos que permite el procesamiento (extracción, cuantificación y análisis de STRs) de más de 250 huesos al día fue desarrollado por una compañía llamada Bode Technology para ser aplicado en el análisis de restos del atentado de Nueva York. Combinan el procedimiento con un sistema LIMs que incluye la identificación de las muestras mediante un código de barras, con el fin de mantener la cadena de custodia. En este tipo de muestras con cantidades a veces críticas de ADN deben extremarse las medidas para evitar la contaminación entre muestras o de los operadores que las manipulan.

Hay varios métodos de cuantificación, Actualmente uno de los métodos de cuantificación más extendidos, se realiza mediante una reacción de amplificación génica, ó PCR (*Polymerase Chain Reaction*) cuantitativa a tiempo real, se trata de realizar una amplificación de una secuencia de ADN humano mediante el uso de *primers* y sondas específicas que nos van a permitir determinar la cantidad exacta de ADN obtenido en la extracción de cada muestra. Se trata de un método enzimático que presenta muchas ventajas respecto a otros métodos de cuantificación, como son la exactitud y precisión de los datos, así como la mayor sensibilidad de la técnica.

Una vez que hemos extraído el ADN y hemos comprobado su cantidad mediante PCR cuantitativa y su calidad mediante un minigel de agarosa, procedemos a su análisis mediante técnicas de amplificación génica. La técnica de la Reacción en Cadena de la Polimerasa, es un método automatizado de síntesis enzimática *in*

*vitro* de secuencias de ADN,

Los polimorfismos más utilizados en este momento en los laboratorios de genética forense son los STRs de cromosomas autosómicos y de cromosoma Y, ambos forman parte del ADN nuclear. Por otro lado se estudia el ADN mitocondrial, concretamente la secuencia más estudiada son dos regiones hipervariables (HV1 y HV2) dentro de la región de control.

Hay situaciones determinadas, como por ejemplo cuando las muestras que deben ser analizadas han estado sometidas a condiciones extremas de degradación ó las muestras de referencia de comparación así lo requieren (sólo se dispone de la línea materna), en los que el estudio de STRs no es posible aplicarlo, en estos casos se pueden utilizar métodos de análisis alternativos. Tal vez el más importante y resolutivo en estos momentos sea el estudio de ADN mitocondrial mediante secuenciación. Como hemos comentado, cuando se requiere se analizan las regiones hipervariables HV1 y HV2 del ADN mitocondrial.

¿Por qué el ADN mitocondrial si nos puede aportar resultados positivos cuando fallan los marcadores nucleares? Hay varios motivos, entre los que destacan: el número de copias de ADN mitocondrial en una célula es como mínimo de cientos comparado con las dos copias del marcador nuclear, se trata de una molécula más pequeña, circular, protegida por otra membrana y por tanto más estable. Por tanto cuando el análisis de STR tradicionales no aporta el resultado exigido podemos recurrir al estudio del ADN mitocondrial.

El estudio del ADN mitocondrial puede ser útil si interesa identificar víctimas que compartan línea materna. En el caso del atentado de Nueva York ha sido utilizado para el estudio de determinadas muestras que daban resultados parciales ó negativos para ADN nuclear aunque su uso, incluso combinado con ADN nuclear, en las muestras más degradadas no fue suficiente para dar una identificación positiva con un alto grado de certeza .

Nuestro laboratorio ha usado el ADN mitocondrial para reconstruir árboles genealógicos en casos de conflictos bélicos según explicamos en el punto anterior. En el atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid fue necesario recurrir al estudio de ADN mitocondrial en un caso para diferenciar dos líneas maternas.

## Nuevas estrategias de análisis

### Mini STR

Son muy útiles cuando el ADN se encuentra muy degradado y sólo se obtienen resultados positivos para marcadores de pequeño tamaño (< 150-200 pares de bases).

## ANÁLISIS DE LOS MARCADORES GENÉTICOS AMPLIFICADOS Y ELABORACIÓN DE RESULTADOS

Los STR autosómicos han sido y siguen siendo los marcadores más utilizados en la identificación de víctimas ocasionadas por grandes catástrofes, se comenzó por analizar algunos marcadores a comienzos de los años 90, se trataba de reacciones de amplificación primero de un solo marcador, para a continuación pasar a reacciones múltiples de tres ó cuatro STR que no solapaban en tamaño y se tipaban en geles de poliacrilamida tiñendo con técnicas de nitrato de plata y comparando el tamaño de los fragmentos con escaleras alélicas de forma manual, aunque aún se disponía de muy pocos marcadores STR optimizados se complementaban con otros sistemas de tipaje como puede ser el Amplitype HLA DQ-Alpha, Amplitype Polymarker y algunos VNTR si el estado de degradación de las muestras lo permitía. A finales de los 90 ya se encontraban en el mercado kits comerciales como Profiler, Profiler Plus, y Cofiler que permitían analizar un mayor número de sistemas en una sola reacción de amplificación.

Analizando 15 marcadores autosómicos como los que mostramos en la figura anterior el **poder de discriminación a priori** es superior a 1 en un billón, es decir habría que analizar a más de un billón de individuos no relacionados para encontrar el mismo perfil genético en esos marcadores STR autosómicos. Sin embargo cuando lo que hemos analizado son STRs de cromosoma Y ó bien ADN mitocondrial el poder de discriminación es mucho más bajo, aunque es variable en término medio nos movemos en valores de 1 en 100 a 1 en 10.000 y además no discriminamos individuos sino linajes. Profundizaremos en estos conceptos cuando veamos la valoración estadística.

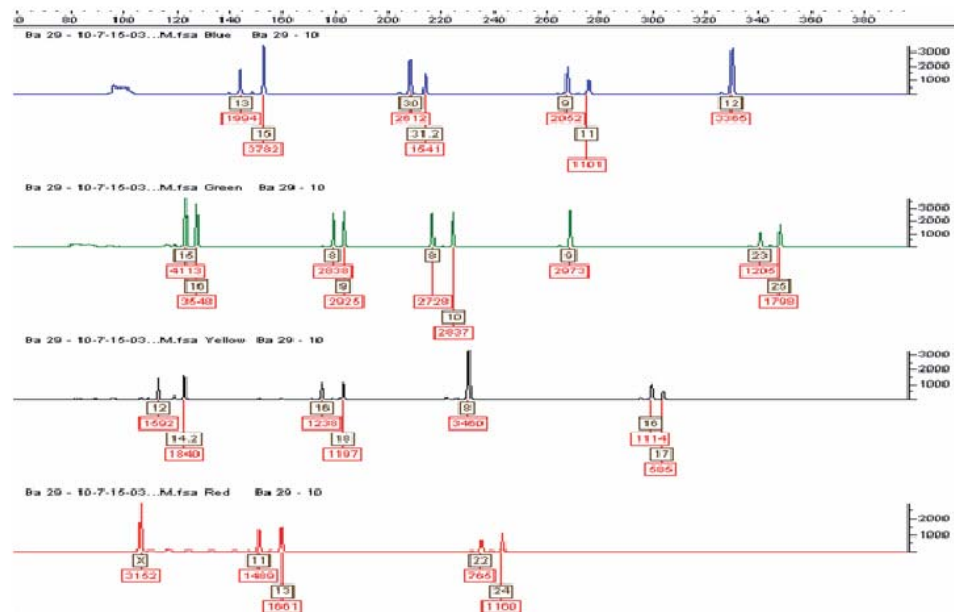
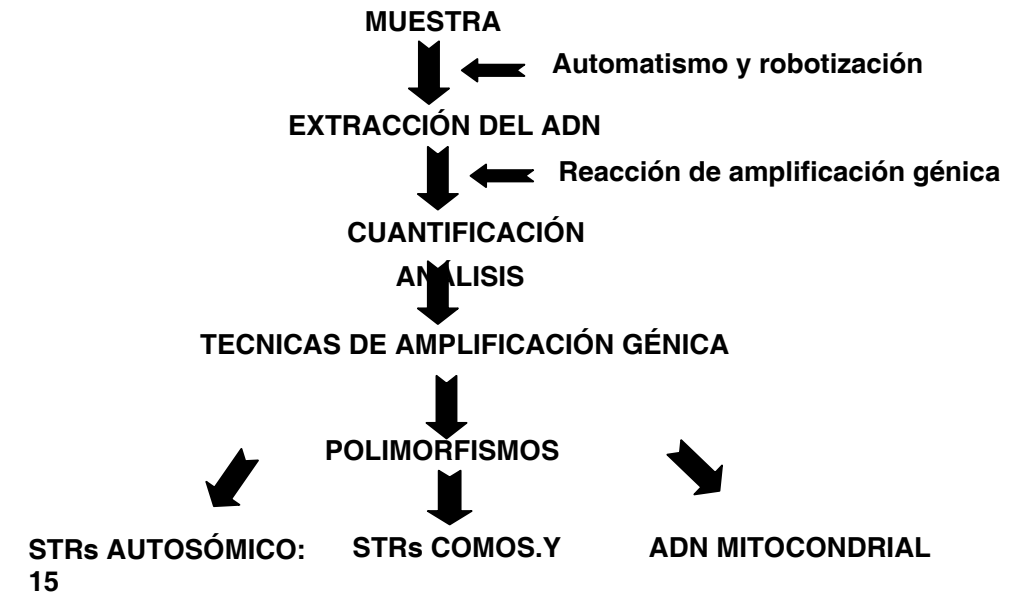


Figura 1: Perfil obtenido con el kit de Identifiler de Applied Biosystems a partir de una muestra forense proveniente de un músculo de un cadáver de una mujer sin identificar, obtenido usando los programas automáticos GeneScan y Genotyper de cálculo de tamaño y asignación de alelos respectivamente. Se analizan de forma simultánea 15 STR autosómicos y un fragmento del gen de la amelogenina para determinar el sexo del donante de la evidencia.

Los perfiles genéticos, una vez comprobados y aprobados se transfieren a una hoja de cálculo y de nuevo son aprobados por otro perito, después son transferidos a una base de datos en LIMS (Laboratory Information Management System) todo este proceso está completamente informatizado con lo que se evita o minimiza el riesgo de errores en la transcripción de los datos.

Por último, es necesario integrar de forma conjunta todos los datos generados tanto en el análisis genético como en las otras pruebas realizadas (antropológicas, datos ante-mortem, huellas dactilares, odontológicas,...) para la valoración final, ya que si bien los análisis de ADN en muchos casos serán la prueba determinante para la identificación de los restos cadavéricos pueden darse ciertos casos, tal y como se ha visto, en los que no sea así.



### OTRAS TÉCNICAS

#### IDENTIFICACIÓN FORENSE MEDIANTE TÉCNICAS DE *SOFT COMPUTING* (identificación en 3D)

Investigadores de la Universidad de Granada diseñarán una nueva técnica basada en ordenador que servirá, en Antropología Forense, para la identificación más exacta de personas fallecidas mediante la superposición fotográfica

El objetivo principal es diseñar un innovador procedimiento automático completo, basado en el uso de herramientas de Soft Computing (SC), que tendrá aplicación en medicina forense para asistir al antropólogo forense en la tarea de identificación por superposición fotográfica de seres humanos fallecidos

Usando la técnica de superposición fotográfica, las fotografías o instantáneas de vídeo de la persona desaparecida se comparan con el cráneo que se encontró para ser identificado. Mediante la proyección de ambas fotografías superponiéndolas (o incluso mejor, haciendo corresponder un modelo 3D del cráneo escaneado frente a la cara extraída de la foto o la instantánea de vídeo), uno puede tratar de determinar si se trata de la misma persona. Para ello, se considera la correspondencia de dos conjuntos de puntos radiométricos (puntos antropométricos de referencia facial en la fotografía del sujeto y

puntos antropométricos de referencia craneal en el modelo foto del cráneo).



Figura 1. Principales puntos craneométricos. Vista frontal.

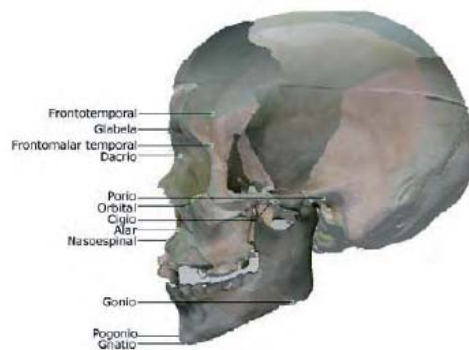


Figura 2. Principales puntos craneométricos. Vista lateral.



No obstante, hay varios inconvenientes. En primer lugar, no existe un método sistemático para el análisis por superposición de imágenes. Cada antropólogo forense aplica su propia metodología. Asimismo, la correspondencia entre los puntos de referencia no es siempre simétrica y perpendicular. Por último, como resultado final, la decisión de identificación debe expresarse de acuerdo a varios niveles de confianza, dependiendo de las características de los restos (el grado de conservación, por ejemplo) y del proceso analítico llevado a cabo. Podemos observar el grado de incertidumbre inherente a este proceso.

### ESTUDIO DE LAS ENTESIS PARA LA IDENTIFICACIÓN FORENSE: (puntos de unión entre el músculo y el hueso) de los radios

De la misma manera que el músculo esquelético responde al entrenamiento continuado hipertrofiándose, la unión osteomuscular reflejará esta adaptación promoviendo cambios dirigidos a garantizar su resistencia frente a la tracción muscular. Definimos los marcadores musculoesqueléticos de actividad como aquellas evidencias morfológicas que aparecen en la superficie del hueso y a partir de las cuales, podemos conocer el estado muscular del individuo y por tanto, las características de la actividad física realizada en vida. Los cambios morfológicos que experimentarán las entesis van a depender de si las mismas son de tipo tendinoso, o de tipo muscular directo o carnoso [35].

La neoformación ósea u osteogénesis caracteriza a las entesis tendinosas. Un ejemplo de este tipo sería la inserción del músculo bíceps braquial a nivel de la tuberosidad radial. En general diferenciamos entre la ausencia de depósito óseo (grado 0), un depósito incipiente que convierte a la entesis en un área rugosa (grado 1), el incremento de la neoformación transformará el área de inserción en sobreelevada (grado 2), la aparición de crestas o márgenes (grado 3) y por último el grado patológico o entesopático (grado 4), definido por la presencia de exostosis óseas y/o lesiones osteolíticas en el lugar de inserción. A pesar de que las exostosis a nivel de las entesis, se han relacionado con traumatismos, inflamaciones o como cambios degenerativos de tipo metaplásico propios del proceso de envejecimiento Benjamin y colaboradores sugieren que pueden originarse como una respuesta adaptativa a las cargas mecánicas derivadas de la tracción muscular sostenida, apareciendo cuando una zona de neoformación ósea aventaja a otras periféricas.

Las evidencias obtenidas a partir de estas marcas esqueléticas constituyen una valiosa fuente de información que permite generar hipótesis sobre determinados antecedentes de la vida de un sujeto, útiles en la individualización de unos restos

esqueléticos. Por tanto, el análisis de estos marcadores debe ser considerado como una fase más del proceso de necroidentificación forense.

## LA LECTURA QUEILOSCÓPICA COMO OTRO MEDIO DE IDENTIFICACIÓN FORENSE PARA EL SIGLO XXI

La queiloscopia, es el estudio de las huellas labiales que cada individuo posee;

Las huellas labiales son las impresiones dejadas por los pliegues y surcos de los labios manchados con lápiz labial, grasas, restos oleosos, sudor u otro líquido sobre una superficie plana mediante el dibujo de líneas de los surcos que forman multitud de imágenes, siempre diferentes; permite su uso con fines identificadores

Renaud clasifica las marcas labiales en diez tipos y les asigna una letra, en vez de un número, para no confundir la fórmula con los estudios dentales:

Verticales Completas  
Verticales Incompletas  
Bifurcadas Completas  
Bifurcadas Incompletas  
Ramificadas Completas  
Ramificadas Incompletas  
Ramificadas  
En forma de Aspa o X  
Horizontales

Otras formas: Elipse, triángulo, en uve, microsurdos

Para ello, divide el labio superior e inferior en dos partes (derecha e izquierda) y, a continuación, señala los tipos de huella que en ellas se encuentran. Para el labio superior, utiliza letras mayúsculas “D” para designar el lado derecho e “I” para designar el izquierdo y minúsculas para el labio inferior («d» para designar el lado derecho e “i” para designar) el izquierdo. Para su notación, se utilizan letras minúsculas para el labio superior y mayúsculas, para el inferior, a fin de evitar la confusión de lado derecho e izquierdo con la letra de la huella (Moya, 1984).

Así, por ejemplo, si encontramos la notación:

IadfiDabeg

La letra mayúscula I nos está indicando el lado izquierdo del labio superior; las siguientes letras adfi corresponden a los tipos de marcas encontrados en ese hemilabio superior izquierdo; la letra D nos indica que se trata del labio superior, lado derecho y las siguientes letras, al igual que señalábamos en el lado izquierdo, nos indican los tipos de marcas labiales que hemos encontrado



## BIBLIOGRAFÍA

**1.- THE ROYAL COLLEGE OF PATHOLOGISTS.** *Deaths in Major Disasters –The Pathologist.s Role.* Professor A Busuttil. Professor J S P Jones. Professor M A Green

**2.- Mass Fatality Incidents: A Guide for Human Forensic Identification U.S.** Department of Justice Office of Justice Programs

**3.- Corpses identification and disaster's forensic aspects.** Carrera Carbajo I. Brigada de Policía Científica

**4.- Estándares científicos para el desarrollo de un plan nacional de identificación forense en grandes catástrofes.** Propuesta de creación de una estructura nacional de actuación médico forense en sucesos de múltiples víctimas y grandes catástrofes. Dr. José I. Prieto Carrero. Médico Forense. especialista en antropología forense del IAF de Madrid.

**5.- American Board of Forensic Odontology: Diplomates Reference.** Manual. January 2006.

**6.- Guia de Identificación de Víctimas de Catástrofes.** Organización Internacional de Policía Criminal. INTERPOL.

**7.- Revista de Investigación e Información en Salud. Bolivia.**

**8.- Identificación forense humana en las grandes catástrofes.** Antonio Alonso Alonso. INTyCF. Servicio de Biología. Madrid

**9.- Ley de Enjuiciamiento Criminal de 14 de Septiembre de 1882.**

**10.- R.D. 32/2009 de 16 de Enero.**

**11.- Infectious disease risks from dead bodies following natural disasters** Oliver Morgan1Morgan O. Infectious disease risks from dead bodies following natural disasters. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(5):307–12.

**12.- La prueba del ADN en medicina forense.** M<sup>a</sup> Begoña Martínez Jarreta. Ed. Masson.

## **IDENTIFICACIÓN LOFOSCOPICA EN GRANDES CATÁSTROFES Y SU REPERCUSIÓN EN LAS VÍCTIMAS.**

*María del Mar Robledo Acinas<sup>1</sup>*

### **1.- INTRODUCCIÓN**

Debemos comenzar definiendo los desastres de masas como accidentes con múltiples víctimas, y de una magnitud tal que se requieren disposiciones especiales para ser resueltos.

Son grandes catástrofes aquellas situaciones accidentales en las que el número de víctimas (tanto heridos como fallecidos) desbordan los sistemas habituales de protección y auxilio, se produce una gran destrucción tanto humana como material, y, socialmente tienen una gran repercusión.

En estos casos se hace necesaria intervención de diferentes organismos sociales.

Hasta hace poco tiempo, estas situaciones eran poco frecuentes y se limitaban a desastres naturales como terremotos, grandes tormentas, etc... Pero en la actualidad, esta situación ha cambiado y estas grandes catástrofes incluyen otro tipo de accidentes no naturales, hablamos de accidentes aéreos, accidentes de tráfico con varios vehículos implicados, accidentes de tren, y, lamentablemente, uno de los cánceres de nuestra sociedad, los atentados terroristas, así como un largo etcétera de desgracias que, lamentablemente, han pasado a formar parte de nuestra vida diaria, teniendo todos ellos un denominador común, y es el elevado índice de siniestralidad.

Los fallecidos en este tipo de sucesos se caracterizan no solo por el elevado número de este tipo de víctimas, sino por los graves daños que sufren los cuerpos, y, que hacen que las tareas de identificación sean especialmente complejas.

Debido a la alta siniestralidad y a la alteración tan grande que sufren los cadáveres, estos sucesos van, siempre, acompañados, de un drama humano,

---

<sup>1</sup> Dra. D<sup>a</sup>. María del Mar Robledo Acinas. Profesora de la Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Escuela de Medicina Legal.

complejo y que debe ser tratado por especialistas ya desde sus primeras fases, nos estamos refiriendo a la difícil situación que sufren familiares y seres queridos de las víctimas, que son, otro grupo de víctimas de una misma tragedia.

Se hace por tanto necesario, abordar este tipo de sucesos desde dos puntos de vista muy diferentes: la atención a las víctimas directas de la catástrofe (heridos y fallecidos) y la atención a las que podríamos definir como víctimas indirectas (familiares y seres queridos de los fallecidos).

La localización, atención médica y sanitaria a los heridos, supervivientes de la tragedia, es la primera intervención a realizar una vez asegurada la zona del siniestro, y su inmediato traslado a centros hospitalarios.

Respecto a los fallecidos, deben ser trasladados a las zonas habilitadas como depósito o morgue, y una vez allí comienzan una serie de procesos complejos llevados a cabo por especialistas de diferentes áreas que nos conducirán a la identificación de los fallecidos y a la determinación de las causas de la muerte.; sin olvidarnos nunca de esas víctimas que denominamos anteriormente indirectas, y que necesitan ser tratadas por especialistas en todo momento.

Quizás, lo mas importante en un primer momento, una vez evacuados los supervivientes a los centros hospitalarios y trasladados los fallecidos al depósito, es la identificación de todos ellos. Esta identificación se hace muy compleja cuando los cadáveres se encuentran muy deteriorados, y, en función de las alteraciones o del grado de deterioro que presenten podremos utilizar una técnica u otra para su identificación (lofoscopia, métodos odontológicos, ADN....)

## 2. TIPOS DE ACCIDENTES

Vamos ahora a describir que tipo de cadáver podemos encontrarnos, en principio, en los diferentes tipos de accidentes que se encuentran englobados de lo que hemos denominado como grandes catástrofes, y, como, en función de las alteraciones que presente el cadáver, podremos utilizar una técnica u otra para su identificación.

### 2.1. Accidentes terrestres. Características:

- Traumatismos de tipo medio
- Víctimas fácilmente identificables por observación directa o dactiloscopia.
- Habitualmente de una sola nacionalidad.
- Documentados.
- Desventaja: no hay lista de pasajeros.

### 2.2. Inundaciones y otros siniestros naturales. Características:

- No presentan grandes traumatismos.
- Víctimas fácilmente identificables por observación directa.
- Suelen estar en su domicilio lo que facilita la identificación.
- En ocasiones son transportados a grandes distancias o aparecen largo tiempo después: en este caso el deterioro cadavérico hace que sea necesaria la identificación por métodos odontológicos o genéticos.

### 2.3. Siniestros Marítimos

- Se produce pérdida de documentos y objetos personales.
- Los cuerpos presentan un gran deterioro y grandes mutilaciones por acción química (agua), mecánica (rocas) y biológica (peces)
- Identificación por métodos odontológicos o genéticos.

### 2.4. Incendios

- Se presentan pues dos tipos de fallecidos:
  - \* Asfixiados: cadáveres con pocas alteraciones inicialmente. Identificación por reconocimiento directo o métodos dactiloscópicos.
  - \* Quemados: cadáveres muy alterados, con frecuencia desmembrados y mutilados. Identificación por métodos odontológicos o genéticos.

### 3.5. Accidentes Aéreos.

- Traumatismos tremendamente graves con gran destrucción de tejidos y pérdida de objetos personales.
- Diversidad de nacionalidades
- Ventaja: suele haber lista de pasajeros
- Identificación por métodos lofoscópicos, odontológicos, ADN, etc...

según cada caso en concreto.

Para la recogida de datos ante y post mortem, resultan de gran utilidad los formularios proporcionados por la interpol y que pueden obtenerse en la siguiente dirección:

<http://www.interpol.int/Public/DisasterVictim/Forms/Default.asp>

### 3.- MÉTODOS LOFOSCÓPICOS E IDENTIFICACIÓN

La Lofoscopia es la parte de la criminalística que se dedica al análisis de las impresiones dermopapilares, como es toman, clasifican, valoran, archivan, como se cotejan y se interpretan.

Los métodos lofoscópicos suponen una gran herramienta identificadora de cadáveres en grandes catástrofes, siempre y cuando sea posible tomar las huellas de los mismos para poder realizar el cotejo post y antemortem.

Dentro de la Lofoscopia podemos diferenciar:

- Dactiloscopia
- Poroscopia
- Crestascopia
- Quiroscopia
- Pelmatoscopia

La Dactiloscopia es la parte de la Lofoscopia que estudia las impresiones dermopapilares producidas por los dedos en la zona del pulpejo digital.

En España, se crea en 1985, en el Gobierno Civil de Barcelona, el primer gabinete antropométrico. A la reseña corporal se añadieron las impresiones de los dedos de la mano derecha. En 1901 se crea en Servicio Central de Identificación, nombrándose al Dr. Olóriz Inspector Técnico de éste Servicio. En 1903, el Dr. Olóriz, presenta un sistema de clasificación dactilar para el control de jóvenes delincuentes en el XIV Congreso Internacional de Medicina de Madrid, estando basado, el método de Olóriz, en el sistema Vucetich.

En 1891 Vucetich hizo las primeras fichas dactilares del mundo con las huellas de 23 procesados. Luego de verificar el método con 645 reclusos de la cárcel de La Plata, en 1894 la Policía de Buenos Aires adoptó oficialmente

su sistema. En 1905, su sistema dactiloscópico (inicialmente denominado “icnofalangometría”) fue incorporado por la Policía Federal de Argentina. En 1907 la Academia de Ciencias de París informó públicamente que el método de identificación de personas desarrollado por Vucetich era el más exacto conocido en ese momento.

Las características principales de los dibujos papilares, líneas papilares o crestas papilares que no son mas que las líneas que conforman la huella dactilar y que convierten a estas huellas en un potente instrumento en identificación, es que son:

- Perennes: aparecen en los primeros 3 meses de vida intrauterina y permanecen durante toda la vida hasta el inicio de la putrefacción del cadáver.
- Inmutables: no varían desde el nacimiento hasta después de la muerte.
- Invariables: propias de cada individuo, no existen 2 huellas dactilares iguales.

La poroscopia es la parte de la dactiloscopia que estudia las huellas dejadas por los poros situados en las crestas papilares, las impresiones de los orificios de desembocadura de los conductos sudoríparos y sebáceos, que, aparecen en blanco en la impresión de la huella.

Han sido varios los investigadores españoles que han estudiado éste método propuesto por Locard en 1913 y, que, hasta el momento ha sido y es poco utilizado. A pesar de un escaso uso, es un método que puede resultar de gran utilidad en aquellas ocasiones en las que, en el lugar de los hechos, aparecen únicamente fragmentos de huellas bien, encontrándose éstos, bien conservados.

El estudio de dichos poros puede realizarse atendiendo a diferentes parámetros: morfología, situación, dimensiones, número de poros.

Aproximadamente en un 10% de las líneas (Villalaín, J.D. 1975) aparecen una serie de pequeñas estriaciones negativas, rectas, ligeramente incurvadas, sinuosas, de longitud, grosor, número y colocación variable, reticulares y paralelas.

Estas líneas fueron denominadas por Olóriz “interrupción accidental de tres líneas”.

Existen diferentes estudios que las diferencia según el momento de la vida del individuo en el que se encuentren, encontrándose diferencias en sujetos infantiles o de edad avanzada, esto hace que, desde el punto de vista identificativo, por si solas no ofrezcan excesivas garantías, ahora bien, en el cotejo de una huella dubitada y una huella indubitada nos aportan información que puede ayudarnos a identificar a un individuo.

La Crestascopia es un método propuesto en 1967 por Chartejee y se basa en que las características morfológicas, topográficas y métricas de las crestas dermopapilares son específicas en cada individuo, y resulta de utilidad en aquellos casos en los que se dispone de una huella mal tomada, poco clara o con insuficientes datos desde el punto de vista identificativo.

La quiroscofia es la parte de la Lofoscopia que estudia las huellas palmares. Desde el punto de vista identificativo cada vez han ido tomando mas importancia las impresiones de las huellas palmares.

En el dibujo papilar de la palma de la mano se observa que dichos dibujos son similares a los que se observan en las impresiones digitales (núcleos, deltas, etc..) y la aparición de los denominados puntos característicos mencionados mencionados con anterioridad.

Y por último, la pelmatoscopia es la parte de la Lofoscopia que estudia las impresiones plantares.

Las características dermopapiloscópicas son semejantes a las que ya se han descrito para otras zonas o huellas objeto de estudio, están formadas por líneas o crestas y surcos que conforman dibujos característicos e individualizantes.

Como ejemplo de un caso real y reciente con el que poder comprobar la eficacia de los métodos lofoscópicos en la identificación de cadáveres en grandes catástrofes, podemos remitirnos al Accidente aéreo ocurrido en el aeropuerto de Madrid (barajas) en julio del 2008.

- 154 fallecidos en total
- 64 identificados por métodos dactiloscópicos, 50 de ellos en las primeras 24 horas

- El resto de los cadáveres estaban total o parcialmente carbonizados
- Se realizan 20 regeneraciones de los cadáveres parcialmente carbonizados obteniendo buenos resultados en 14 de ellos en 3 días.

Por tanto, a los 3 días del accidente se habían conseguido identificar mediante métodos lofoscópicos 64 de los 154 fallecidos, un número muy elevado de víctimas y en un corto periodo de tiempo.

#### 4.- LEGISLACIÓN

Recientemente ha sido publicado en el BOE el Real Decreto 32/2009, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.

Este Protocolo, regula en sus 37 artículos contenidos en 4 capítulos cual debe ser la actuación de los profesionales de las diferentes instituciones que participan tanto en el rescate de víctimas como en la identificación de las mismas de la siguiente manera:

- **Capítulo 1:** Disposiciones Generales. Art. 1-3
- **Capítulo 2:** Fases de actuación del Protocolo nacional de actuación médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.
  - Sección 1ª: Fases de actuación. Art. 4
  - Sección 2ª: Fases de actuación preliminares. Art. 5
  - Sección 3ª: Fase de tratamiento de cadáveres y restos humanos. Art. 6-23
  - Sección 4ª: Fase de obtención de datos «ante mortem» en el área de asistencia a familiares. Art. 23-33.
- **Capítulo 3:** Laboratorios. Art. 34-36
- **Capítulo 4:** Centro de integración de datos. Art. 37

Los Anexos del Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples, proporcionan formularios estandarizados que facilitan la toma de datos y el tratamiento de los mismos de manera uniforme, se define a continuación los diferentes formularios que propone el protocolo:

- **Anexo I.** Formulario de levantamiento de cadáveres o restos humanos en sucesos con víctimas múltiples.

- **Anexo II.** Acta de relación de restos humanos.

- **Anexo III.** Acta de relación de objetos.

- **Anexo IV.** Acta de traslado al depósito de cadáveres y restos humanos.

- **Anexo V.** Formulario del área de depósito de cadáveres y restos humanos en sucesos con víctimas múltiples.

- **Anexo VI.**

1. Formulario de trabajo de cadáveres identificados dactilarmente.

2. Formulario de trabajo de cadáveres sin identificar dactilarmente.

**Anexo VII.** Normas y actas de recogida de muestras de ADN.

1. Recomendaciones para la recogida y remisión de muestras con fines de identificación genética en sucesos con víctimas múltiples.

2. Acta oficial para las tomas de muestras «post mortem» de ADN.

3. Formulario oficial de familiares disponibles para la toma de ADN.

4. Acta oficial para la toma de muestras de referencia de ADN de los familiares (hojas 1 y 2).

5. Acta oficial para la toma de muestras de referencia de ADN «ante mortem» del fallecido.

## 5. LAS “OTRAS” VÍCTIMAS

Ya hemos comentado anteriormente que en una gran catástrofe no solo nos encontramos con las víctimas directas del accidente o incidente, heridos y fallecidos, sino que nos encontramos con otro tipo de víctimas que también necesitan atención especializada y que son los familiares de los fallecidos.

Es obvio y evidente que los supervivientes necesitan, generalmente, atención psicológica y/o psiquiátrica para aceptar y superar lo que les ha ocurrido, pero también las víctimas indirectas necesitan de este tipo de atención.

La atención de este tipo de víctimas debe llevarse a cabo por profesionales especializados no dejando nunca esta responsabilidad de la mano de voluntarios sin la formación o experiencia adecuada.

En un primer momento, los profesionales, psicólogos o psiquiatras, deben diferenciar cuales de estas víctimas presenta un cuadro psicológico que

puede considerarse normal dadas las circunstancias, de aquellas personas que presentan síntomas que necesitan atención inmediata, y es de estas últimas de las que hay que ocuparse.

La Victimología es una ciencia que estudia científicamente a la víctima.

El estudio de las víctimas es multidisciplinar. Los profesionales relacionados con la victimología pueden ser científicos, operadores jurídicos, sociales o políticos.

El estudio de las víctimas puede realizarse desde la perspectiva de una víctima en particular o de un conjunto de víctimas de un mismo suceso, como es el caso que nos ocupa de las grandes catástrofes.

En el mes de enero de 2010, en el marco de la Presidencia española del Consejo de la UE, se reúne en Bruselas el Grupo de Protección Civil y se presenta el Programa de Trabajo de Protección Civil, destacando un seminario sobre la atención Psicológica de las víctimas en grandes catástrofes. La finalidad es conseguir que los supervivientes de una catástrofe, los familiares de los fallecidos y el personal de socorro, tengan el acceso adecuado al apoyo y a servicios psicosociales.

El Seminario tubo lugar en Madrid, en la sede de la Escuela Nacional de Protección Civil, en febrero de 2010 y estando destinado a profesionales designados por los Organismos de protección civil de la Unión Europea que prestan servicios de intervención psicosocial en emergencias y catástrofes.

Tras el accidente de Barajas, el presidente del Colegio de Psicólogos de Madrid, reivindicó la necesidad de que exista un protocolo de intervención psicológica para grandes desastres más específico, indicando que en las grandes ciudades puede haber tragedias que hagan que se desborde la coordinación habitual.

Este desbordamiento de los sistemas de coordinación habituales puede hacer que intervengan personas voluntarias sin la formación y experiencia necesaria, pudiendo, en algunos casos, aun cuando se actúe con la máxima prudencia y la mejor de las intenciones, agravar la situación.

Creemos que uno de los factores mas importantes para la buena salud

mental de los familiares de víctimas de una gran catástrofe es la pronta identificación y la entrega de los cuerpos a sus familias para poder, de esa manera, comenzar su duelo y luto, ambos necesarios para la aceptación y superación de la tragedia sufrida.

Para que dicha identificación se pueda realizar de manera rápida y efectiva, ya hemos visto que los métodos lofoscópicos y dentro de estos **la dactiloscopia**, juegan un papel fundamental en este tipo de situaciones, convirtiéndose en un **método de primera elección**, cuando las circunstancias lo permiten, **en la identificación de cadáveres víctimas de grandes catástrofes**.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1.- **Real Decreto 32/2009, de 16 de enero**, BOE Núm. 32. Sec. I. Pág. 12630. Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.

2.- **Antón y Barberá, F.** *Policía Científica, Volumen I*. Editorial Tirant Lo Blanch. (2004).

3.- **López Calvo, P.** *Investigación Criminal y Criminalística*. Editorial Temis S.A. Colombia. (2006).

4.- **Moya V., Roldán, B., Sánchez J. A.** *Odontología Legal y Forense*. Ed. Masson. Barcelona, (1994)

5.- **Reverte J. M.** *Antropología Forense (2ª edición)*. Ministerio de Justicia (Madrid), (1999)

6.- **Rodes Lloret, F, Martí Lloret J.B.** *Antropología Criminológica*. Universidad Miguel Hernández. (2001)

7.- **Sánchez J. A.** *Desastres de masas: legislación y tipos de accidentes*. Rev. Esp. Med. Leg. XXI (78-79): 51-56. (1997)

8.- **Villacencio, V.** *Procedimientos de Investigación Criminal*. Editorial Limusa. México. (1974).

9.- **Villalaín, J.D.** *Apuntes de Medicina Legal*. Criminalística. Ramos, Artes Gráficas. (1975).

## EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

*Syra Balanzat Alonso<sup>1</sup>*

### INTRODUCCION

Los desastres son eventos imprevistos, súbitos, de gran magnitud, que generan daños a los bienes y medios de vida de una comunidad, produciendo una gran cantidad de damnificados que requieren atención médica, algo que afecta a la movilización de recursos extraordinarios.

Por lo tanto, las personas, los grupos y las comunidades reaccionan según la magnitud del evento, el grado de exposición al mismo, la historia, la preparación previa y los sistemas de soporte y sostén disponibles.

Se produce entonces una situación disruptiva, ya que acaece en el mundo externo, e irrumpe en el psiquismo, provocando la ruptura abrupta de un equilibrio u homeostasis existente hasta ese momento, tanto en el área individual y/o institucional y/o social. (Benyakar. M, 1999).

A partir del momento del evento disruptivo, las necesidades reparatorias de la sociedad se entremezclan con las necesidades del propio individuo. Es en ese momento cuando emerge la exigencia, de que el mundo externo le repare el daño que le ha ocasionado (Benyakar, M., et al 1997e).

Se podrían clasificar los desastres, en varios tipos, en función de la causalidad del evento:

En primer lugar, están los desastres provocados por el hombre de forma no intencionada. Hacemos referencia a los accidentes de avión, coche, incendios, etc... En todos ellos, la característica común es que son producto de errores humanos, y las instituciones tienen que afrontar la responsabilidad de lo sucedido (Viinamaki, H, et al, 1995).

Diferente es la situación de los desastres provocados por la violencia,

---

<sup>1</sup> Syra Balanzat Alonso. Licenciada en Psicología y Master en intervención y trastornos de Ansiedad y Estrés. Psicóloga de la Asociación de Víctimas del Terrorismo.

como en el caso de los ataques terroristas. Es importante matizar que la violencia, a diferencia de la agresión, se refiere al daño provocado por figuras no identificadas y cuya meta es la de infligir el daño o dolor sin posibilitar que el damnificado pueda desarrollar ningún tipo de defensa (Curran, PS, 1988).

En este punto, es fundamental puntualizar por qué surge el término “damnificado”, por lo que se hace necesaria una distinción entre los conceptos víctima y damnificado.

La víctima es la persona que queda atrapada por la situación, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad, es decir pasa de ser un sujeto, a ser objeto de lo social (Benyakar M, et al, 1997e).

Por su parte, la definición de damnificado hace referencia a la persona que ha sufrido un daño y, a diferencia del concepto “víctima”, establece una relación anquilosante entre lo social y la situación en la que el individuo queda capturado. El concepto “damnificado”, denota movilidad psíquica, así como la conservación de la subjetividad del individuo.

Raquel Cohen (1989) define a los damnificados como “las personas y familias afectadas por un desastre y sus consecuencias, que experimentan un evento estresante e inesperado”. La mayoría han funcionado adecuadamente antes de la catástrofe, pero su capacidad de resolución de problemas se ve limitada por la amenaza que la situación conlleva. A pesar de que los damnificados presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no deben ser considerados como enfermos o pacientes.

Se podría considerar, por tanto, que el uso de uno y otro término conllevan de forma implícita, una actitud del afectado ante la resolución del trauma y de la sociedad. Y su evolución dependerá de las actitudes que adopten unos y otros.

La reacción a situaciones traumáticas se lleva estudiando desde la I y II Guerra Mundial, ya que los soldados que participaron en ambos conflictos bélicos, desarrollaron una serie de síntomas psicológicos denominados entonces como “neurosis de combate” y “agotamiento o fatiga de combate” sin padecer ninguna secuela física. Por ello no es de extrañar que en los conflictos bélicos más recientes, los distintos ejércitos desplacen entre sus efectivos un buen número de psicólogos y psiquiatras para estudiar y hacer

frente a éste trastorno, que produce un número importante de bajas.

Ha sido en los últimos años cuando ha aumentado el interés por el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), extendiéndose sus estudios a actos terroristas.

## 2. REACCIONES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las personas que han sufrido un atentado terrorista - refiriéndose éste como situación traumática- son susceptibles de desarrollar un estrés postraumático.

Aunque muchas de las víctimas no desarrollan este trastorno, es importante describir el proceso que se desencadena inmediatamente después de un suceso traumático para poder hablar del Trastorno de Estrés Postraumático.

Es importante explicar el desarrollo del TEPT, aportando descripciones de las similitudes y diferencias con otras situaciones traumáticas y las particularidades de los atentados terroristas.

Por esto, se podría decir que después de un atentado terrorista, la víctima y su entorno, pasan por diferentes fases, que podrían dividirse en las reacciones inmediatas, reacciones a corto plazo y a largo plazo.

### 2.1. Reacciones inmediatamente después

De manera habitual, en una situación traumática no es posible actuar de una manera razonable y eficaz ya que es una situación súbita e imprevisible.

Las situaciones traumáticas tienen una particularidad: desde el punto de vista objetivo y/o subjetivo no es posible ni luchar ni huir. Esto conduce a una vivencia de impotencia y de desamparo completo al mismo tiempo que tiene lugar una excitación fisiológica extrema.

Se produce, en ese momento, una ruptura en el mundo interno del individuo, alterando la estructura y la funcionalidad del sistema **bio-psico-social**.

Visto que la activación fisiológica no puede ser transformada en acciones de lucha o de huida, el organismo busca otra salida, lo que conduce a alteraciones a nivel de la percepción y de las acciones. ¿Cómo “huir” -de alguna manera-

de la percepción dolorosa?

Aparecería como adaptativo, la disociación, que protege de emociones insoportables y también protege del dolor físico.

La disociación, es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memoria, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas voluntariamente.

Éste mecanismo es, con frecuencia, precipitado por un estrés abrumador. La persona puede experimentar un conflicto interno tan insoportable que su mente es forzada a separar la información incompatible o inaceptable, y los sentimientos procedentes del pensamiento consciente.

En la defensa disociativa pueden ocurrir alteraciones de la vivencia del tiempo, del espacio y de la vivencia de sí mismo. El afectado podría tener una percepción del tiempo tanto a cámara lenta como a cámara rápida. Una alteración de la percepción del espacio frecuente es el hecho de ver todo con la sensación de estar dentro de un túnel (espacio), y de sí mismo. Esto produce la impresión de observarse así mismo desde el exterior, de volar por encima del acontecimiento o sentir como si todo fuera un sueño.

Ejemplos de relatos en una vivencia disociativa serían:

- “Tenía momentos en los que ya no sabía lo que estaba pasando”.
- “Me sentía como si no formara parte de lo que estaba ocurriendo”.
- “Me sentía como si actuara de una manera automática”.
- “Mi sentido del tiempo estaba alterado- lo percibía todo como una cámara lenta”.
- “Había momentos en lo que fue alterado o perturbado el sentido de mi cuerpo”.
- “Me sentí como apartado de mi cuerpo o como si mi cuerpo fuera extraordinariamente grande o pequeño”.
- “Lo que me pasaba parecía como irreal como si fuera un sueño”.

Además de la disociación, durante la reacción traumática casi todas las personas experimentan algunos o todos de los síntomas siguientes que forman parte de los síntomas básicos del estrés agudo:

- Intrusión: Imágenes que se imponen, impresiones sensitivas, recuerdos, pesadillas...
- Evitación: Huir de emociones, de situaciones, de actividades asociadas con el trauma.
- Activación fisiológica: Superexcitación, hipervigilancia, excitabilidad, dificultades para conciliar el sueño...

### **Estrés Agudo**

#### **Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno.
3. Desrealización.
4. Despersonalización.
5. Amnesia disociativa: Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

**C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma: pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas,...

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) como por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora,...

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**G.** Duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

En esta fase, aparecen de forma frecuente, sensaciones de confusión, indefensión, impotencia y extrañeza con respecto a ellos mismos y a lo que les rodea.

Al final de esta fase -que puede durar hasta los tres meses posteriores al atentado- se produce bien una elaboración lograda del trauma, que da lugar a la fase de reposo; o una elaboración fallida con transición a un proceso traumático, en el que hablaríamos ya del trastorno de Estrés Postraumático.

## **2.2. Reacciones a corto plazo**

En el Trastorno de Estrés Postraumático aparecerían los mismos criterios que en el estrés agudo, los recuerdos constantes, evitar las situaciones relacionadas con el trauma y la activación fisiológica. Para poder ser diagnosticado el TEPT, los criterios tendrían que mantenerse durante más de 6 meses.

La defensa disociativa puede mantenerse, manifestándose como la dificultad en relatar y en expresar los sentimientos asociados a los recuerdos. Continúa como un mecanismo de defensa para proteger del dolor intenso que ocasiona la reminiscencia de una situación traumática.

Según los Criterios del trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV-TR se origina cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas

para su integridad física o la de los demás.

Según la definición, podrían ser vulnerables al desarrollo del TEPT, las personas que han resultado heridas, han sido secuestradas por bandas terroristas, las que han recibido amenazas para su integridad física, los familiares de asesinados y los transeúntes que presenciaron el atentado y las consecuencias del mismo.

La principal sintomatología, se caracteriza porque los recuerdos y las imágenes de la situación traumática vuelven a reexperimentarse una y otra vez, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo. En la imaginación existen muchos detalles, en especial, todo lo que fue percibido por los sentidos: los colores, olores y sonidos, asociados a la situación traumática. A esto le acompañan intensas reacciones de ansiedad como preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc. Las imágenes y las sensaciones pueden volverse intrusivas ya que pueden acudir una y otra vez a la mente, produciendo malestar, especialmente, si se pretende evitarlas. Esto aumenta la frecuencia de los recuerdos no deseados, y por tanto aumenta la reactividad ansiosa.

Otra característica clínica principal del TEPT es la anestesia emocional. Puede manifestarse en forma de pérdida de interés en actividades personales y sociales que antes del trauma resultaban interesantes y restricción de la capacidad de experiencia emocional. El paciente se siente extraño, alejado de los demás, lo perciben frío y distante. Presentan la incapacidad de expresar la rabia, entre otras emociones, manifestando hostilidad e irascibilidad.

El mundo se percibe como altamente peligroso, perdiendo la sensación de control sobre la propia seguridad y la de los demás, manifestándose con reacciones de hipervigilancia constante de lo que les rodea. Se podría hablar de una necesidad de control de lo que ocurre a su alrededor (personas que pasean por la calle, artefactos desconocidos, etc).

La reactividad fisiológica se caracteriza por la presencia de sentimientos de irritabilidad, dificultades para conciliar y mantener el sueño, pérdida de memoria y concentración y reacciones de sobresalto ante cualquier ruido. Se podría decir que se produce una activación del sistema nervioso autónomo. En concreto, del sistema nervioso simpático.

La culpa por lo que se podría haber hecho, cómo se podría haber evitado o el haber sobrevivido,... suelen ser emociones habituales después de haber vivido una situación traumática que escapa a cualquier control y capacidad de reacción.

A diferencia de otros desastres, los atentados terroristas son perpetrados de forma voluntaria por la mano del hombre. Esto, a nivel cognitivo, es difícil de procesar: ¿cómo las personas pueden ocasionar un dolor tan desgarrador?

Éste aspecto explicaría cómo, después de sobrevivir y presenciar una atentado, se producen cambios en los pensamientos y las creencias de las víctimas con respecto a los demás. Se enfatiza la importancia de cuatro núcleos de creencias: la creencia de que el mundo es maligno, que no tiene sentido, que uno mismo no tiene dignidad y que la gente no es honrada.

En la mayoría de los casos aparecería una comorbilidad con otros trastornos, debido a la necesidad de evitación-escape que ocasiona el mantenimiento de la sintomatología descrita. Podríamos hablar de ataques de pánico; depresión debida a la desesperanza y a la impotencia en la resolución de su sintomatología; el abuso de sustancias como forma de escape a los recuerdos y creencias; y la aparición de fobias específicas al evitar las situaciones concretas asociadas al momento del atentado.

#### - ATAQUES DE PÁNICO

Los individuos que han experimentado un trauma tienen posibilidades de experimentar ataques de pánico al exponerse a situaciones relacionadas con el evento traumático. Incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas fisiológicos como las taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, sensación de ahogo, etc.

Si llegaran a generalizarse a otras situaciones -lugares concurridos, metro, autobús, espacios abiertos, etc.- podría ocasionar la aparición de agorafobia con ataques de pánico.

La anticipación del temor a que se vuelva a producir el ataque de pánico, y el cambio conductual asociado al mismo (evitación de las situaciones) indicarían la presencia de Trastorno de pánico.

#### - DEPRESIÓN

La presencia de TEPT mantenido en el tiempo genera que la persona que lo padece reviva una y otra vez el atentado y sus consecuencias. Esto produce un cambio en su vida diaria por la evitación de situaciones

que antes realizaba, y en la actualidad ha dejado de hacer y la aparición de síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal). Todo ello, conlleva un agotamiento del organismo que puede llevar a la pérdida de interés en actividades placenteras, la disminución de las relaciones sociales, el descenso de la autoestima, y la aparición de una gran desesperanza debido a la dificultad de alcanzar la situación en la que se encontraban antes del atentado.

#### -ABUSO DE SUSTANCIAS

Es frecuente el recurso a drogas, en especial, el abuso del alcohol para tratar de huir/escapar el dolor asociado al trauma. En ocasiones esta estrategia de huida aleja a la víctima de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.

#### - CONDUCTAS EXTREMAS DE MIEDO / EVITACIÓN

La huida/evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos. No obstante, en ocasiones, este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones que, en principio, no están directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto, cuando se desarrollan fobias específicas.

En los primeros años, las reacciones a corto plazo, viven su momento álgido con la celebración de aniversarios. La sintomatología manifestada se intensifica durante las semanas previas y posteriores a la fecha del atentado y los recuerdos aparecen con más frecuencia e intensidad.

Las reacciones de la sociedad pueden ser muy diferentes en esta fase. Puede ir desde el apoyo incondicional a los afectados –como ocurrió en los atentados del 11-M en el año 2004 en Madrid- o la pasividad que ocurría tras los atentados de la banda terrorista ETA hasta los años 90.

### 2.3. Reacciones a medio-largo plazo

¿Cuándo podemos hablar de estrés postraumático cronificado? Después de producirse un atentado terrorista en el que hay fallecidos y heridos, se produce un gran impacto en la sociedad, generando cambios sociales y políticos. Además, la expectación, el interés y la preocupación por investigaciones no resueltas en relación a la autoría de los hechos, las detenciones de los supuestos imputados, las noticias en medios de comunicación, las imágenes,

y la celebración de juicios y aniversarios, intensifican el malestar del afectado.

Si los afectados perciben que no reciben el apoyo social e institucional que necesitan, la sintomatología psicológica manifestada, si no es abordada con anterioridad, se intensifica y continúa manteniéndose a largo plazo.

También, la respuesta de la sociedad a largo plazo, de forma general, es más distante que en fases anteriores. Esta falta o ausencia de reconocimiento y apoyo, pueden ser manifestadas por los afectados mediante sentimientos de desamparo y protección.

Se hablaría de una segunda victimización –la primera vendría con las consecuencias derivadas del atentado en sí- que estaría caracterizada por la presencia de situaciones posteriores al atentado, que mantuvieran, intensificarían e interfirieran en la adaptación de la víctima a su rutina diaria.

También es importante hacer alusión a las secuelas físicas que padecen los supervivientes de un atentado terrorista ya que, a la cura y recuperación de dichas secuelas con el tiempo, hay que sumarle las intervenciones quirúrgicas a las que han tenido que someterse. Algunos afectados señalan que el hecho de mirarse en el espejo viendo las cicatrices o las amputaciones, les hace tener presente el atentado cada día.

Cuando se mantiene un alto grado de estrés (no se adapta a las exigencias del medio y se ve envuelto por situaciones puntuales de gran tensión) es presumible que a medio o largo plazo se altere el funcionamiento de los órganos:

- Predisposición a contraer enfermedades: úlceras, infartos, aparición de alergias, caída del cabello, cáncer, depresión, etc.
- Alteración en las relaciones familiares y personales.
- Disminución de la capacidad de trabajo, por las dificultades a la hora de concentrarse y en la disminución de la memoria.

Las reacciones de estrés pueden mantenerse en el tiempo debido a la presencia de estímulos externos y/o internos que les hace seguir teniendo presente el atentado terrorista y sus consecuencias. Esto conlleva que se vayan modificando y cambiando los pensamientos y creencias de las víctimas con respecto a sí mismos, los demás y el mundo.

Cuando el Trastorno de Estrés Postraumático se mantiene durante más de dos años, las manifestaciones específicas descritas en las primeras fases (recuerdos constante, evitaciones, activación fisiológica) se van transformando en rasgos estables de personalidad. Se crea, por lo tanto, una modificación permanente de la personalidad caracterizada por la presencia de hostilidad, aislamiento, susceptibilidad, rabia junto con rasgos paranoides e hipervigilancia, produciendo un deterioro de las relaciones interpersonales y la dificultad en el rendimiento de la actividad laboral.

Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático, consecuencia de haber sufrido un suceso violento.

Las consecuencias de un atentado suponen para la familia un cambio de valores y prioridades: plantea nuevos desafíos en la estabilidad emocional y requiere un cambio de funciones. Se alteran hábitos, planes familiares e individuales y posiblemente las funciones que deja de hacer la persona afectada o fallecida, que tendrán que ser asumidas y distribuidas entre el resto de los miembros de la familia (Navarro, 1995).

Progresivamente, la familia tendrá que adaptarse a la nueva situación. Durante todo este proceso de adaptación el conjunto del sistema familiar sufre alteraciones estructurales y emocionales que requieren atención, orientación y apoyo psicológico, con la finalidad de facilitar la evolución y la adaptación de la familia a la nueva realidad. Por lo tanto, la asistencia y orientación a los familiares de las personas afectadas es fundamental en todo su proceso de rehabilitación (Bruna, Mataró, Yunque, 1997).

Independientemente del tipo y de la gravedad de las lesiones y de las consecuencias de un atentado terrorista, todo el sistema familiar sufre un estrés considerable.

#### **2.4. Trastorno retardado del TEPT.**

Algunas personas expuestas a un suceso traumático y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde. Sin embargo, la aparición de este tipo de casos es infrecuente. Un ejemplo tuvo lugar con uno de los afectados por los atentados del 11-M. Tras producirse el atentado, se mantuvo durante

tres años sin manifestar sintomatología de estrés postraumático. Fue al ver por televisión otro atentado terrorista cuando empezó a manifestar recuerdos e imágenes constantes, miedo intenso, evitaciones relacionadas con volver a subir en tren, diagnosticándose el TEPT.

### 3. FACTORES FACILITADORES Y DE PROTECCIÓN EN EL TEPT

Cuando hacemos referencia al Trastorno de Estrés Postraumático, no podemos dejar de hacer mención a cuáles pueden ser las situaciones o características específicas que precipitan y protegen su desarrollo o mantenimiento posterior. La mayoría de los afectados por atentados terroristas, no desarrollan un TEPT, porque la presencia de determinadas características personales o situaciones previas o posteriores al mismo, delimitan su aparición

**Los factores facilitadores de la aparición del TEPT** (Echeburúa, E 2005):

- Los individuos con un alto rasgo de ansiedad previo a los atentados y la presencia de antecedentes psiquiátricos, tiene una mayor predisposición a padecer distintos trastornos de ansiedad, entre ellos se incluye el TEPT.
- La existencia de cierta predisposición genética.
- La edad es otro factor relacionado con la predisposición. A similares niveles de exposición, afecta más a niños, adolescentes y ancianos que a los adultos.
- En cuanto al sexo, las mujeres parecen tener un mayor riesgo de desarrollar TEPT.

Otro factor de gran relevancia que se añade a estos factores de predisposición al desarrollo del TEPT, ha sido la experiencia de traumas previos al atentado. La presencia de otros traumas anteriores, puede generar una mayor vulnerabilidad en la respuesta de ansiedad ante futuras situaciones traumáticas. Además, el grado de exposición al evento sería otro factor en el que, a mayor nivel de exposición, mayor vulnerabilidad al desarrollo de Trastorno de Estrés postraumático.

**Factores de protección.** Protegen de la posibilidad de desarrollar síntomas más graves (Echeburúa, E 2005):

- Apoyo y protección familiar: núcleo más cercano a la víctima.
- Apoyo social próximo: amigos, compañeros de trabajo, etc.
- Apoyo social general: relacionado con las distintas fases del TEPT a corto, medio y largo plazo, y el apoyo que hayan recibido de la sociedad.

- Apoyo social institucional.
- Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento positivas. Por ejemplo, la tendencia a la atribución de control externo: atribuir las consecuencias, en concreto los logros personales, a situaciones externas que escapan del control interno.

Se ha podido comprobar cómo la presencia de diferentes tipos de apoyo -en especial de la red familiar y/o social más cercana-, junto con los factores de personalidad -las estrategias de afrontamiento positivas ante las dificultades- son buenos predictores en la recuperación psicológica después de un atentado terrorista.

### 4. INTERVENCION TERAPEUTICA

La labor de los profesionales que se dedican a la salud mental juega un papel importante en relación al procesamiento y elaboración del trauma posterior a un atentado terrorista. Como ya hemos visto, la recuperación y la estabilización del afectado en la manifestación de los síntomas agudos podría producirse un tiempo después y, en otros casos, la sintomatología perdura en el tiempo.

¿Cuál sería el Papel de los terapeutas en la elaboración del trauma?

- Normalizar la aparición de los síntomas, explicando que los atentados terroristas son reacciones normales ante situaciones anormales.
- Integrar la experiencia como una parte irrevocable de la propia vida.
- Aceptación de que la normalidad pretraumática es diferente de la normalidad postraumática. Lo que antes era normal en la rutina diaria, después del atentado puede no serlo. Para ello es importante transmitir la vivencia en el aquí y el ahora.
- Es posible recordar sin tener que pensar en ello de una manera obsesiva o sin ser inundado por sentimientos o imágenes.
- Es posible volver a lo cotidiano y desarrollar nuevas perspectivas futuras.
- Devolver la confianza en los demás, a través de la cercanía y empatía ante los síntomas. Habría que mostrar con el ejemplo, la aceptación y el compromiso con ellos.
- En los casos leves de TEPT se recomienda el uso de psicoterapia, y en los casos moderados o graves se considera mejor la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterápico, por lo menos durante un

periodo de doce meses, con necesidad de realizar seguimiento posterior del caso. Los antidepresivos -en concreto los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina- son el tratamiento de elección para el TEPT.

- La legitimización de la queja como consecuencia del daño traumático y de las emociones negativas derivadas de éste (rabia, terror, vergüenza, etc). Hay que ayudar al paciente a reconocerlas y a utilizarlas de forma adaptativa como señales de alarma ante peligros internos y externos (Mingote, J.C; Machón, B; Isla, I; Perris, A; Nieto, I).

La información sobre el proceso del estrés y la reacción psicológica que suele seguir después de un atentado terrorista, es crucial para disminuir la sensación de incertidumbre e indefensión de la víctima ante la cantidad de sensaciones, pensamientos, percepciones que surgen sin control.

Una de las intervenciones encaminadas a disminuir los recuerdos e imágenes disociados, consistiría en la elaboración de los contenidos de la experiencia e integrarlos a nivel cognitivo y afectivo. Para esto es indispensable reconstruir el acontecimiento traumático y expresar los sentimientos relacionados.

Es la exposición narrativa a los recuerdos recurrentes. Los fragmentos a veces incoherentes de lo ocurrido, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración que permita, de esta manera, la integración, bajo la forma de la memoria explícita o narrativa.

En éste punto es importante respetar el tiempo del paciente a la hora de empezar a relatar. No se recomienda forzar el proceso, aunque se considere necesario, ya que podría producirse una sensibilización en lugar de habituación a los recuerdos y el abandono de la terapia. Se continuaría con otros objetivos terapéuticos.

Sería importante indagar sobre las estrategias de afrontamiento y potenciar las que mejorarían su recuperación, realizando intervenciones específicas en los aspectos que perjudicarían el mejor funcionamiento del afectado.

**Estrategias de afrontamiento positivas** (Baca, Cabanas y Baca-García, 2003).

- Aceptación del hecho. Situación que no se puede borrar ni modificar su

existencia, por lo que la aceptación permitiría abandonar la lucha interna y el desgaste que ocasiona el anclaje en el pasado y en querer cambiar las consecuencias de una situación incontrolable.

- Experiencia compartida del dolor y de la pena con las personas más allegadas. En éste punto, las reuniones y agrupaciones con otros afectados y la experiencia compartida del dolor entre ellos podría ser positivo. Pero a largo plazo, si se crea una dependencia de dichas agrupaciones, podrían ocasionar un aislamiento del resto de la sociedad e interferir en su vida cotidiana.

- Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana, readaptándose a las nuevas situaciones.

- Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello es posible). Como ejemplo, un afectado que al finalizar el tratamiento psicológico señaló que “antes me etiquetaba como víctima y me consideraba como tal, pero ahora me he dado cuenta que soy un superviviente, porque he sobrevivido con mi esfuerzo a las consecuencias de un atentado”.

- Establecimiento de nuevas metas y relaciones.

- Búsqueda de apoyo social, evitando aislarse y adoptando un papel activo en la readaptación a su entorno.

**Estrategias de afrontamiento negativas** (Baca, Cabanas y Baca-García, 2003).

- Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta: ¿Por qué yo? ¿Por qué sobreviví? ¿Y si no hubiera salido a la calle en ese momento?

- Negación del atentado y de las consecuencias. Por ejemplo, calificar el atentado como “un accidente”.

- Sentimientos de culpa, relacionados con el haber sobrevivido, no haber podido prevenir el atentado, etc.

- Emociones negativas de odio o de venganza, en especial cuando éstas se desplazan a las instituciones, a la sociedad y al medio en donde viven.

- Aislamiento social.

- Implicación en procesos judiciales constantes, sobre todo cuando la víctima se implica voluntariamente en ellos.

- Consumo excesivo de alcohol o de drogas.

- Abuso de fármacos, actuando como vía de escape de las consecuencias del atentado. Se evitarán después del atentado, las benzodiazepinas porque con la amnesia anterógrada que producen, tienen el riesgo de aumentar la

negación y la no integración de la experiencia traumática.

## 5. CONCLUSIÓN.

Recuperarse de un trauma implica un largo proceso. Del mismo modo que las reacciones individuales a un acontecimiento traumático son muy variables, la duración del proceso y las fases del cambio, están sujetas también a muchas diferencias individuales.

En la actualidad, se ha producido un cambio en relación a la aproximación de la sociedad a las víctimas de atentados terroristas. A lo largo de la historia del terrorismo, se han podido observar las variaciones y el impacto de la sociedad con los afectados. Hasta el año 2000, las víctimas en España se relacionaban con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, y no fue hasta el año 2001 y 2004 con los atentados del 11-S y 11-M, respectivamente, cuando se pudo sentir qué cualquiera de nosotros podíamos ser víctimas potenciales de actos que van más allá del entendimiento humano.

El compromiso de la sociedad para con las víctimas es crucial en su integración, después de haberse visto alterado el funcionamiento y estructura de su mundo externo y en consecuencia de su vida interna.

El compromiso de los profesionales en la ayuda a los afectados en la readaptación personal, social, familiar y laboral, y el compromiso de los propios afectados para consigo mismos, siendo sujetos activos, es fundamental en la consecución del bienestar biopsicosocial.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- **American Psychiatric Association.** DSM-IV-TR: Breviario: Criterios Diagnósticos. Barcelona. Masson: 2003.
- **BACA, E., CABANAS, M.L. y BACA-GARCÍA (2003).** *El proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España.* Resultados preliminares. En E. Baca y M.L. Cabanas (eds). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos.* Madrid: Triacastela.
- **BENYAKAR M. (1999b).** *Desastres and catastrophes a challenge for the assistances of civilian in peacetime;* XI World Congress of Psychiatry of de world psychiatric Association. Hamburg August 6-11.
- **BENYAKAR M. (1997c).** *Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma.* Psiquiatría COM (revista electrónica) 1977 Diciembre; 1 (4).
- **BRUNA, O., MATARÓ, M<sup>a</sup>. YUNQUÉ, C. (en prensa) 1997.** *Impacto e intervención sobre el medio familiar.* En C. Pelegrín, J. M. Muñoz-Céspedes y J. I. Quemada (Eds.). *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos.* Barcelona: Prous Science.
- **COHEN R, AHEARN JR. FL (1989).** *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres.* Harla, Mexico.
- **CURRAN, PS (1988).** *Psychiatric aspects of terrorism violence: Nortjern Ireland 1969-1987.* British Journal of Psychiatry; 153: 470-5
- **ECHEBURÚA, E (2005).** *El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Superar un trauma.* Pirámide. Madrid.
- **MINGOTE, J.C; MACHÓN, B; ISLA, I; PERRIS, A; NIETO, I.** *Tratamiento Integrado del Trastorno de Estrés Postraumático.* Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis, revista nº8.
- **NAVARRO GÓNGORA, J; BEYEBACH, M (1995)** *Avances en Terapia Familiar Sistémica.* Barcelona: Paidós -Terapia Familiar.
- **VIINAMAKI H, KUMPUSALO E, MYLLYKANGAS M, SALOMAA S, KUMPUSALO L, KOLMAKOV S, IICHENKO I, ZHUKOWSKY G, NISSINEN A (1995).** *The Chernobyl accident and mental well being a population study.* Act Psychiatr Scand; 91(6): 396-400.

## **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: META-ANÁLISIS DE SU EFICACIA DIFERENCIAL\***

***Julio Sánchez-Meca<sup>1</sup>, Ana I. Rosa-Alcázar<sup>2</sup> y Concepción López-Soler<sup>3</sup>***  
***Universidad de Murcia***

\*Esta investigación ha sido financiada por el Convenio establecido entre la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración (Dirección General de Familia y Servicios Sociales) de la C.A. de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia (Dpto de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos)

### **1. INTRODUCCION.**

No cabe duda de que, de todas las víctimas de delitos violentos, los menores que han sufrido abusos sexuales en su infancia son los más inocentes y desprotegidos. A pesar de que el abuso sexual infantil es una realidad social por todos conocida, resulta difícil alcanzar una definición unánime. No obstante, parece existir consenso al considerar el abuso sexual infantil como un acto delictivo que requiere dos condiciones: (1) una relación de desigualdad de poder, edad o madurez entre el agresor y la víctima, y (2) la utilización de la víctima como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Podemos, pues, considerar el abuso sexual a menores como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un/a niño/a, aprovechando su situación de superioridad. Se considera igualmente que existe abuso sexual cuando se dan las circunstancias de asimetría de edad entre víctima y agresor, lo que supone una diferencia de aproximadamente cinco años cuando el/la niño/a tenga menos de 12 años, y de diez si supera dicha edad; cuando existe asimetría de poder, pues el abusador es el que controla o tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima; cuando aparece asimetría de conocimientos o habilidades, pues se supone que el que abusa utiliza su astucia y habilidades de manipulación, entrando aquí el abuso entre menores; y cuando existe asimetría de gratificación, mediante la cual se presiona al niño/a de forma

---

1 Dpto Psicología Básica y Metodología y Unidad de Meta-análisis, Facultad de Psicología. <http://www.um.es/facpsi/metaanalysis>.

2 Dpto Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología.

3 Dpto Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología.

sutil (regalos, viajes, etc.) para que consienta el abuso (López, 1995).

Desde la perspectiva del agresor, el abuso sexual puede ser cometido por familiares (padres, padrastros, hermanos mayores, tíos, primos, etc.) o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, vecinos, etc.). En ambos casos no suelen darse conductas violentas asociadas. Otro tipo de agresores son los desconocidos, donde el abuso suele ser ocasional y estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10-15% de los casos.

Las conductas abusivas pueden clasificarse en dos grandes categorías: (1) sin contacto físico (exhibicionismo, masturbación delante del niño/a, observación del niño/a desnudo, relato de historias sexuales, proyección de películas pornográficas, etc.) y (2) con contacto físico (caricias, masturbación, frotamientos, contactos bucogenitales, penetración anal o vaginal, etc.). Según Finkelhor y Browne (1985), palpar o acariciar al niño/a encima o debajo de la ropa es el abuso más extendido; a éste seguiría el tocamiento de los órganos genitales, y por último, el sexo oral o anal realizado o intentado.

Aunque los estudios de incidencia y prevalencia de abusos sexuales en la infancia y adolescencia tienden a arrojar resultados muy dispares, podemos afirmar que según los informes retrospectivos de los adultos en torno al 20% de las mujeres y al 5-10% de los varones han sufrido abusos sexuales durante su infancia y adolescencia (Finkelhor y Berliner, 1995). Atendiendo al tipo de abuso, el intrafamiliar suele padecerlo mayor número de niñas, con una edad de inicio temprana (7-8 años), mientras que el abuso extrafamiliar lo sufren con mayor frecuencia los niños, con una edad de inicio en torno a los 11-12 años. El incesto tiende a mantenerse en secreto y sólo el 2% de los casos se conoce mientras está ocurriendo y se estima que sólo el 50% de los abusos sexuales en la infancia se revelan, el 15% se denuncia y el 5% se resuelve judicialmente (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2008). Los hombres heterosexuales de todas las edades abusan más de menores que las mujeres (Bonner, 2008).

### **1.1 Consecuencias del abuso sexual**

Entre los modelos desarrollados para abordar la sintomatología asociada a los abusos sexuales en la infancia, destaca el modelo traumatogénico (Finkelhor y Browne, 1986). En este enfoque las consecuencias vienen

condicionadas por la consideración de las conductas como traumáticas. Desde este modelo, la sintomatología está asociada a las siguientes variables: (1) La sexualización traumática (interferencia que la experiencia abusiva tiene en el proceso madurativo-sexual del menor), (2) los sentimientos de traición que desencadena el abuso hacia el agresor y la generalización que siente el/la niño/a hacia los adultos, (3) los sentimientos de estigmatización que derivan de la culpa y vergüenza vinculadas a la experiencia abusiva y que pueden tener influencia en la imagen del menor y en su autoestima, y, finalmente, (4) los sentimientos de indefensión que provocan en el menor la pérdida de control e imposibilidad de frenar el abuso, generando una actitud de retraimiento y pasividad e incrementando su vulnerabilidad a las experiencias abusivas.

En la mayoría de los casos el abuso sexual provoca en las víctimas numerosas secuelas negativas a nivel físico, psicológico o comportamental. Atendiendo a la gravedad de los síntomas, Saywitz, Mannarino, Berliner y Cohen (2000) distinguen entre cuatro niveles de afectación: (1) Niños/as en los que no se detectan dificultades o grandes problemas mediante los instrumentos de evaluación psicológica habituales; (2) menores que presentan escasos síntomas que no llegan a ser clínicos (estrés emocional, ansiedad, baja autoestima, etc.) o los problemas conductuales que manifiestan son leves; (3) menores con serios problemas psiquiátricos, como depresión, ansiedad, conductas sexualizadas, abuso de sustancias, agresividad, baja autoestima problemas de identidad sexual, y (4) menores que cumplen los criterios de algunos desórdenes psicopatológicos, siendo el más frecuente el trastorno por estrés postraumático, seguido de depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, etc.

Compatible con el modelo traumatogénico que puede provocar el abuso sexual prolongado intrafamiliar, se está proponiendo un nuevo tipo de trastorno por estrés postraumático: el complejo o extremo. El trastorno por estrés complejo o extremo se caracteriza por un conjunto de síntomas que afectan a todo el desarrollo emocional y de significados personales, tales como alteraciones de la afectividad y los impulsos, alteraciones de la atención y la consciencia, alteraciones en la autopercepción, alteraciones en las relaciones interpersonales, somatizaciones y alteración en el sistema de significados (Herman, 1992; Van der Kolk, Roth, Pelkovitz, Sundey y Spinazzola, 2005). A pesar de no estar incluido aún en el DSM-IV-TR, aunque se está evaluando su inclusión, se puede considerar que responde a la adaptación post-traumática en abuso severo y trauma afectivo en la infancia (Briere, 1984; Copeland et

al., 2007; Herman, Perry y Van der Kolk, 1989; Kroll, 1993; Van der Kolk, Perry y Herman, 1991; Van der Kolk, Roth, Pelkovitz, Sundey y Spinazzola, 2005). La configuración en la infancia y la evaluación de las áreas principales de afectación están siendo investigadas (Cook et al., 2005; López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2008).

### **1.2 La evaluación del abuso sexual infantil**

La principal dificultad que afronta el clínico para valorar el alcance de la repercusión que los abusos sexuales tienen en los menores radica en la gran variedad de síntomas a que pueden dar lugar. Otra dificultad radica en el hecho de que los principales informantes de los síntomas son los propios menores, y éstos pueden no ser los más indicados para valorar sus sintomatologías de la forma más objetiva posible. Por otra parte, la población de niños es muy variada atendiendo a edad, sexo, contexto en que sucedió el problema, forma de interpretarlo, etc. Todos estos factores dificultan el diseño de los tratamientos y las posibilidades de alcanzar resultados homogéneos con el tratamiento.

Una evaluación completa de los síntomas de abuso sexual en el niño requiere la participación de múltiples fuentes informativas (el niño, los padres, los profesores, los clínicos, etc.) llevada a cabo en diversos ambientes (sobre todo hogar y escuela), con distintos métodos de evaluación (autoinformes, informes de terceros, cuestionarios, observación directa, role-playing, entrevistas) y en distintos momentos (revelación, tratamiento, postratamiento, seguimiento).

La evaluación de las consecuencias del abuso sexual y la interpretación de los datos debe realizarse en dos niveles: evaluando la adaptación global de la víctima y la adaptación específica al abuso sexual. Para la evaluación global del niño se puede pedir a los padres o tutores que completen un cuestionario de problemas de comportamiento. A la víctima ha de aplicársele algún cuestionario sobre problemas de conducta, así como inventarios sobre determinados aspectos psicopatológicos, como depresión, ansiedad, autoconcepto, autoestima y de adaptación personal y social (autoconcepto, autoestima, relación social, escolar), por supuesto, analizar los síntomas específicos del abuso mediante informes de los padres, del/la menor y la propia valoración del profesional.

### **1.3 El tratamiento del abuso sexual infantil**

Evaluable el impacto de los abusos sexuales se debe proceder a elaborar un plan de tratamiento consistente en fijar los objetivos a partir de la evaluación realizada, establecer una secuencia de prioridades según la urgencia del problema, seleccionar las técnicas de tratamiento que requiera cada objetivo, discutir el plan con el paciente y con otros miembros de la familia cuando sea necesario y, finalmente, poner en práctica el plan determinado. Algunos autores clasifican las terapias sobre abuso infantil en familiar (o con la díada), sobre la víctima (individual) y grupal. Según Furniss (1991), el abuso sexual requiere la utilización simultánea de distintas formas de terapia ya que cada una cumple funciones diferentes y contribuyen a conseguir los objetivos. El tratamiento grupal y la terapia individual se centran en las necesidades individuales de la víctima. La terapia familiar (o con la díada) ayuda a eliminar los sentimientos de vergüenza, culpabilidad, desconcierto, etc., además de enseñar estrategias para apoyar a los niños y controlar la conducta de los mismos.

Un aspecto a considerar en el tratamiento del abuso sexual es distinguirlo de otros tipos de terapia, ya que el abuso es una experiencia, no un desorden o un síndrome, que conlleva gran variedad de síntomas atendiendo a muchas variables, como la edad, la historia, la presentación del evento, el contexto, etc. Esta variedad debe tener implicaciones en la organización del tratamiento y su evaluación. Según Boltom, Morris y MacEachron (1989), el tratamiento de los niños abusados se debe ocupar de sus creencias y actitudes, de sus reacciones emocionales y de las respuestas conductuales. El terapeuta debe identificar y cambiar estas creencias que afectan a la responsabilidad en el abuso, la confianza en los demás, la autoimagen y la competencia del niño. Una tarea importante es que el niño aprenda a discriminar entre las personas que son y las que no son de fiar y que sólo algunos adultos son los que están interesados en abusar de los niños. Expresar emociones, tales como la cólera de forma apropiada, resolver la vergüenza, enfatizando que él no tiene responsabilidad en lo que ha sucedido. Pero no sólo se ha de centrar en las reacciones emocionales y expresiones de las mismas, sino también mejorar las reacciones conductuales que dificultan su adaptación y desarrollo normal.

Las aproximaciones terapéuticas que se han investigado científicamente para tratar a menores víctimas de abuso sexual provienen de diferentes modelos psicológicos. De todos ellos, los tratamientos más investigados son los basados en el modelo cognitivo-conductual, de entre los cuales

cabe destacar el tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma o específica de abuso (*trauma-focused cognitive behavioral therapy*, CBT) desarrollado y evaluado por Berliner y Saunders (1996), Cohen y Mannarino (1996) y Deblinger, Lippman y Steer (1996). En su investigación sobre los programas utilizados para tratar las consecuencias del abuso y de la negligencia en niños, Saunders, Berliner y Hanson (2004) consideran el modelo CBT como el único tratamiento bien establecido y con suficiente apoyo empírico. Este tratamiento aborda las cuatro dinámicas traumagénicas: sexualización traumática, estigmatización, sentimiento de impotencia y sentimientos de traición (Cohen y Mannarino, 1997). La intervención con el niño consta de varias técnicas, entre las que se incluyen el modelado, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, exposición gradual, procesamiento cognitivo y afectivo y educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal. Junto a este protocolo de tratamiento, se han utilizado otros que incluyen técnicas cognitivo-conductuales. Así, Jaberghaderi *et al.* (2004) utilizaron en un grupo de tratamiento el programa ‘desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares’ (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*, EMDR), mientras que otros autores combinan diferentes técnicas cognitivo-conductuales (King *et al.*, 2000).

Desde el modelo psicodinámico, se han utilizado programas basados en el psicodrama (Mackay, Gold y Gold, 1987) y la terapia de juego (Scott *et al.*, 2003). Desde el modelo humanista los tratamientos más utilizados han sido los basados en la terapia centrada en el cliente, desde los que se intenta potenciar la autoaceptación y autorrealización del menor (Bagley y LaChance, 2000). Se han aplicado también programas denominados de soporte o de apoyo al menor y a la familia, que son los ofrecidos de forma rutinaria desde los servicios de atención del menor y la familia (McGain y McKinzey, 1995). También se han utilizado programas eclécticos, cuyas técnicas proceden de diferentes orientaciones teóricas (Kruzeck y Vitanza, 1999; Lanktree y Briere, 1995, etc.).

Existe en la actualidad un amplio número de estudios empíricos que han evaluado la efectividad de diversos tratamientos psicológicos del abuso sexual infantil, cuyos resultados no son coincidentes. Algunas de las revisiones cualitativas realizadas en este contexto indican que las aproximaciones no conductuales no han sido bien evaluadas (terapia psicodinámica, terapia de apoyo, humanista, etc.), ya que los ingredientes activos son difíciles de manualizar y estandarizar (Saywitz *et al.*, 2000), mientras que dentro del

enfoque conductual, la terapia cognitivo-conductual específica de abuso es considerada como eficaz para el tratamiento de la ansiedad, depresión y problemas conductuales en los niños y los adolescentes. Estos autores nos advierten así mismo de la importancia de diseñar investigaciones con suficiente rigor metodológico, ya que algunos de los estudios analizados presentan deficiencias metodológicas importantes, tales como no utilizar grupos de control, ni medidas estandarizadas, ni datos de seguimiento; o el uso de muestras de sujetos muy heterogéneos. Un resultado contrario al anterior es presentado por Kolko (1987), indicando que la terapia basada en el arte y la terapia individual de apoyo (*supportive therapy*) son las más eficaces debido a que éstas promueven la expresión de las reacciones emocionales a las experiencias de abuso. En otra revisión de la literatura, Silovsky y Hembree-Kigin (1994) afirmaron que la terapia familiar y la terapia de grupo eran más eficaces que la terapia individual. Más reciente y centrada en niños abusados que han presentado estrés postraumático, King *et al.* (2003) presentan las técnicas cognitivo-conductuales como las más indicadas para tratar este problema, considerándolas como las intervenciones que han recibido el mayor apoyo empírico.

Las diferencias de criterio entre los autores respecto de los tratamientos más efectivos pueden deberse, al menos en parte, a la heterogeneidad de la sintomatología exhibida por los menores que han sufrido abuso sexual, que va desde numerosas manifestaciones de problemas de conducta hasta la ausencia casi total de síntomas clínicos. Es posible que las diferentes sintomatologías condicionen los tratamientos más efectivos en cada caso, tal y como indicaba Furniss (1991), apoyando el uso simultáneo de distintas formas de terapia, ya que cada una cumple funciones distintas que representan diferentes aspectos del proceso global y contribuyen a los objetivos generales de la intervención.

#### 1.4 Objetivos del meta-análisis

Ante la diversidad de tratamientos psicológicos diferentes cuya efectividad se ha evaluado experimentalmente, y habida cuenta la gran cantidad de estudios empíricos realizados sobre esta temática con resultados dispares, nos propusimos revisar toda esta evidencia empírica para determinar si los tratamientos psicológicos del abuso sexual infantil son efectivos y, si es así, qué tratamientos lo son en mayor medida y qué características de los tratamientos, de los menores, contextuales y metodológicas pueden explicar la variabilidad en los resultados obtenidos. Para alcanzar nuestro objetivo

realizamos un meta-análisis, que consiste en integrar cuantitativamente los resultados de los estudios mediante la aplicación objetiva y sistemática de técnicas estadísticas (Botella y Gambará, 2002; Sánchez-Meca, 2008; Sánchez-Meca y Ato, 1989).

## 2. METODO

### 2.1 Criterios de selección de los estudios

Para que un estudio pudiera ser incluido en el meta-análisis tenía que cumplir con los siguientes criterios de selección: (a) el estudio tenía que ser una investigación empírica en la que un grupo de niños o adolescentes que han sufrido abuso sexual reciben algún tratamiento psicológico; (b) la edad de los sujetos tenía que ser de 18 años como máximo; (c) los niños podían haber recibido un diagnóstico de trastorno por estrés traumático a causa de abusos sexuales, o bien habérseles detectado abusos sexuales sin tener este diagnóstico; (d) el estudio podía incluir uno o varios grupos de tratamiento diferentes, con o sin grupo de control, pero todos ellos debían aportar medidas pretest y posttest para poder calcular el tamaño del efecto; (e) el tratamiento tenía que estar dirigido al menor, ya fuera sólo a él, a la diada hijo-tutor no agresor, o a la familia, es decir, se excluyeron aquellos tratamientos en los que el niño no intervenía; (f) por limitaciones de idioma, el estudio tenía que estar escrito en inglés, castellano, francés, italiano o portugués; (g) el estudio tenía que estar publicado o haber sido realizado entre los años 1970 y junio de 2006; (h) cada muestra de niños debía tener un tamaño igual o superior a 5 en el momento de realizar las medidas en el posttest, y (i) el estudio tenía que aportar los datos estadísticos necesarios para calcular el tamaño del efecto. Se descartaron los estudios de caso y los diseños de caso único, al no ser posible obtener índices del tamaño del efecto similares a los de los estudios de grupo. Se excluyeron también estudios que evaluaron la efectividad de tratamientos aplicados a personas adultas que durante su niñez o adolescencia habían sufrido abusos sexuales. Se admitieron tanto estudios publicados como no publicados.

### 2.2 Búsqueda de los estudios

Para la localización de los estudios que cumplieran con nuestros criterios de selección se llevaron a cabo varias estrategias de búsqueda. En primer lugar, se realizó una búsqueda en las bases electrónicas PsycInfo y Medline

en marzo de 2007, comprendiendo los años 1970-2006. A tal efecto se combinaron las siguientes palabras clave de forma que tenían que aparecer en el abstract y/o en el título del trabajo: [(abuse) or (sexual trauma) or (maltreat\*)] and {[adolescen\*) or (child\*) or (young\*)] and [(treat\*) or (intervent\*)] and [(posttraumatic stress disorder) or (post-traumatic stress disorder) or (posttraumatic stress disorder)]}. El resultado de la búsqueda identificó 2720 registros, cuyos abstracts fueron leídos para determinar cuáles de estos trabajos podían cumplir con los criterios de selección y, en consecuencia, recuperarlos para poder tomar una decisión sobre si cumplían o no con nuestros criterios.

En segundo lugar, se revisaron las referencias de los estudios meta-analíticos previos sobre maltrato infantil, así como revisiones sistemáticas y trabajos teóricos de revisión sobre el tema. En concreto, se revisaron los meta-análisis de Hetzel-Riggin, Brausch y Montgomery (2007), Skowron y Reinemann (2005), Reeker, Ensing y Elliott (1997) y DeJong y Gorey (1996). También se han consultado las revisiones sistemáticas de Thomlison (2003) y de Wolfe y Wekerle (1993). Y también se han consultado las revisiones teóricas de Finkelhor y Berliner (1995), Fisher y Chamberlain (2000), Gershater-Molko, Lutzker y Sherman (2002), Glodich y Allen (1998), Jones (1995), King *et al.* (1999), Saywitz *et al.* (2000) y Silovsky y Hembree-Kigin (1994).

En tercer lugar, se contactó con investigadores expertos en el área para solicitarles el envío de trabajos empíricos no publicados y que resultaran de difícil acceso (e.g., Judith A. Cohen, Esther Deblinger). Por último, se revisaron las referencias de los estudios que han sido recuperados y seleccionados para el meta-análisis.

El resultado del proceso de búsqueda nos llevó a seleccionar 34 estudios que cumplían con los criterios de selección, aunque uno de ellos tuvo que ser eliminado por no aportar los datos estadísticos necesarios para calcular el tamaño del efecto (Brunk, Henggeler y Whelan, 1987). Los 33 estudios seleccionados aportaron un total de 51 grupos de sujetos, de los que 44 recibieron algún tratamiento psicológico y los 7 restantes fueron grupos de control. Los 51 grupos implicaron una muestra total de 1141 sujetos en el posttest.

### 2.3 Codificación de los estudios

Para examinar las variables que pueden afectar a los resultados de eficacia de los tratamientos del abuso sexual infantil, los estudios seleccionados se sometieron a un proceso de codificación y registro de variables potencialmente moderadoras. Para ello, se elaboró un *Manual de Codificación* en el que se establecieron los criterios y normas a seguir para la correcta codificación de las variables moderadoras. Las diferentes variables a codificar se clasificaron en variables de tratamiento, de sujeto, de contexto y metodológicas.

(a) Las *variables de tratamiento* analizadas fueron: el modelo teórico de intervención (cognitivo-conductual, terapia de juego, terapia de apoyo, psicodinámico, humanista y otros), las técnicas utilizadas dentro del tratamiento cognitivo-conductual (exposición, relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, reforzamiento/castigo y entrenamiento en habilidades sociales), a quién iba dirigido el tratamiento (sólo al niño, a la díada niño-tutor no agresor o a la familia), el número de sesiones de tratamiento, la duración del programa (en semanas), la intensidad del programa (número de horas de intervención por semana y sujeto), la magnitud del programa (número total de horas de intervención por sujeto), el grado de homogeneidad de la implementación del programa (alto *versus* bajo), el uso o no de manuales de tratamiento por los terapeutas, el modo de intervención (individual, grupal, mixto), la formación de los terapeutas (psicólogo, trabajador social, mixto) y la experiencia de los terapeutas (alta, media, baja).

(b) Las *variables de sujeto*, es decir, las características de las muestras de menores tratados, que se codificaron fueron: la edad media de la muestra (en años), la distribución por género de la muestra (% de varones), la distribución por etnia de la muestra, la relación del agresor con la víctima de abuso sexual (intrafamiliar, extrafamiliar), el tipo de contacto sexual sufrido (tocamientos, oral-genital, penetración) y la frecuencia de niños en la muestra con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático.

(c) Las *variables de contexto* codificadas fueron: el lugar de la intervención (universidad, agencia de protección de menores, centro de salud o clínica, hospital), el país en el que se ha realizado el estudio y la fecha de realización o publicación del estudio.

(d) Las *variables metodológicas* son aquéllas relacionadas con el diseño

del estudio y la metodología aplicada para su realización. Se incluyeron en esta categoría las siguientes variables: el hecho de que los niños se hubieran asignado aleatoriamente o no cuando el estudio implicó a más de un grupo; el modo de reclutamiento de los niños (a instancias del investigador, la propia familia, agencias de protección del menor); la duración del seguimiento más largo (en meses); el tamaño muestral (en el pretest, en el posttest y en el seguimiento); la mortalidad experimental; el uso de evaluadores enmascarados en el registro de las medidas de resultado (es decir, evaluadores que desconocían qué tratamiento estaban recibiendo los sujetos); el uso de análisis por intención de tratar; si se compararon los que completaron el tratamiento con los que abandonaron para comprobar la existencia de diferencias en las variables de resultado en el pretest; el uso de uno o varios terapeutas en la aplicación del tratamiento, y la calidad global del diseño, que se codificó en una escala de 0 a 7 puntos en función de las valoraciones alcanzadas en los ítems metodológicos.

### 2.3 Análisis estadístico

Por razones éticas, no es habitual encontrar en este campo de investigación estudios que incluyan grupo de control. Por tanto, definimos como unidad de análisis el grupo y como índice del tamaño del efecto la diferencia de medias estandarizada,  $d$ , definida como la diferencia entre las medias del pretest y del posttest dividida por la desviación típica del pretest (Sánchez-Meca, 2008). Los estudios empíricos tenían, pues, que aportar los datos estadísticos pertinentes para poder calcular los tamaños del efecto.

Los índices  $d$  positivos indicaron un resultado favorable al tratamiento, es decir, una mejora del pretest al posttest en el grupo. Valores  $d$  negativos, por tanto, indicaron lo contrario. Dado que los estudios reportaron varias medidas de resultado, clasificamos éstas distinguiendo entre medidas propias de abuso sexual, medidas de ansiedad y estrés, medidas de depresión, medidas de auto-estima o auto-concepto, medidas de problemas de conducta y de ajuste en general y otras medidas que no se podían clasificar en ninguna de las anteriores. Además, clasificamos las medidas de resultado según el informante, distinguiendo entre auto-informes de los niños, informes de los padres y valoraciones de los clínicos o evaluadores. De esta forma, un mismo estudio podía aportar hasta un total de 6 (medidas de resultado) X 3 (informantes) = 18 índices  $d$ .

Para no incurrir en problemas de dependencia estadística, realizamos meta-análisis separados para cada índice  $d$  según la variable de resultado. En cada meta-análisis obtuvimos un tamaño del efecto medio global con su significación estadística, comprobamos mediante el estadístico  $Q$  si los tamaños del efecto eran homogéneos en torno a su media y analizamos el influjo de variables potencialmente moderadoras de los resultados.

Para llevar a cabo estos análisis ponderamos cada tamaño del efecto por su precisión, la cual está en función del tamaño muestral y de la varianza del índice  $d$ . De esa forma, aplicamos modelos de efectos aleatorios para estimar el efecto medio global y modelos de efectos mixtos para examinar el influjo de variables moderadoras. Para las variables moderadoras cualitativas aplicamos ANOVAs y para las continuas aplicamos modelos de regresión. En ambos casos, obtenemos un estadístico que evalúa el influjo de dicha variable moderadora ( $Q_B$  y  $Q_R$  para los ANOVAs y los modelos de regresión, respectivamente) y otra que valora la especificación del modelo ( $Q_W$  y  $Q_E$  para los ANOVAs y los modelos de regresión).

### 3. RESULTADOS

En primer lugar, presentamos una descripción de los estudios respecto de los tratamientos aplicados, las características de las muestras y los aspectos metodológicos de los estudios. A continuación, se presentarán los resultados de eficacia, en términos del tamaño del efecto medio, obtenidos globalmente por los grupos que recibieron algún tratamiento y por los que actuaron como grupos de control. Seguirá un análisis de la eficacia diferencial de los diferentes tratamientos aplicados. Finalmente, se analiza el influjo de otras variables moderadoras de los resultados (de tratamiento, de sujeto, de contexto y metodológicas).

#### 3.1 Descripción de las características de los estudios

En la Tabla 1 se presentan los tratamientos psicológicos que se aplicaron en los 44 grupos tratados. Una primera clasificación molar de los tratamientos indica que se repartieron de forma bastante equitativa los grupos que aplicaron algún tratamiento basado en el modelo cognitivo-conductual (17 grupos), en otros modelos no cognitivo-conductuales (18 grupos) y, en menor medida, aquéllos que mezclaron el modelo cognitivo-conductual con algún otro modelo (9 grupos). No cabe duda de que los tratamientos más

frecuentemente evaluados son los basados en el modelo conductual, bien solos o en combinación con otros (26 grupos ó el 59.1% del total), seguidos de la terapia de apoyo (12 grupos, 27.3%), modelos psicodinámicos (10 grupos, 22.7%) y, en menor medida, la terapia de juego (5 grupos, 11.4%), modelos humanistas (4 grupos, 9.1%) y otras terapias (3 grupos, 6.8%).

De los 26 grupos que aplicaron el modelo cognitivo-conductual, bien solo o en combinación con otros tratamientos, las técnicas más frecuentemente utilizadas dentro del modelo cognitivo-conductual fueron las de resolución de problemas (19 grupos, 73.1%), entrenamiento en habilidades sociales (19 grupos, 73.1%), reestructuración cognitiva (18 grupos, 69.2%) y exposición gradual (11 grupos, 42.3%). De los cuatro grupos que aplicaron exclusivamente modelos psicodinámicos, uno de los grupos consistió en la aplicación de psicodrama (MacKay et al., 1987) y los tres restantes combinaron modelos psicodinámicos con componentes de educación (Nelki y Watters, 1989; Trowell et al., 2002, grupos A y B). De los cuatro grupos que aplicaron exclusivamente modelos humanistas, uno de ellos consistió en la terapia de auto-realización de Maslow (Bagley y LaChance, 2000, grupo A), mientras que los otros tres grupos se basaron en la terapia centrada en el cliente de Rogers (Cohen y Mannarino, 1996, grupo B; Cohen et al., 2004, grupo B; Cohen et al., 2005, grupo B).

**Tabla 1. Distribución de las variables de tratamiento**

| Variable moderadora                   | $k$ | % (N = 44) |
|---------------------------------------|-----|------------|
| <u>Modelo teórico de tratamiento:</u> |     |            |
| Cognitivo-conductual                  | 17  | 38.6       |
| No cognitivo-conductual               | 18  | 40.9       |
| Modelos mixtos                        | 9   | 20.4       |

Tipos de tratamiento:

|                        |    |      |
|------------------------|----|------|
| Cognitivo-conductual   | 26 | 59.1 |
| Terapia de juego       | 5  | 11.4 |
| Terapia de apoyo       | 12 | 27.3 |
| Modelos psicodinámicos | 10 | 22.7 |
| Terapias humanistas    | 4  | 9.1  |
| Otras terapias         | 3  | 6.8  |

Combinación de tratamientos:

|                            |    |      |
|----------------------------|----|------|
| Cognitivo-conductual (CC)  | 17 | 38.6 |
| Terapia de juego (J)       | 2  | 4.5  |
| Terapia de apoyo (A)       | 8  | 18.2 |
| Modelos psicodinámicos (P) | 4  | 9.1  |
| Terapias humanistas (H)    | 4  | 9.1  |
| CC + A                     | 1  | 2.3  |
| CC + P                     | 4  | 9.1  |
| CC + J + A                 | 2  | 4.5  |
| CC + J + P                 | 1  | 2.3  |
| CC + A + P                 | 1  | 2.3  |

Técnica cognitivo-conductual (N = 26):

|                                       |    |      |
|---------------------------------------|----|------|
| Exposición gradual                    | 11 | 42.3 |
| Relajación                            | 9  | 34.6 |
| Reestructuración cognitiva            | 18 | 69.2 |
| Resolución de problemas               | 19 | 73.1 |
| Reforzamiento/castigo                 | 4  | 15.4 |
| Entrenamiento en habilidades sociales | 19 | 73.1 |

Foco del tratamiento:

|                                   |    |      |
|-----------------------------------|----|------|
| El menor                          | 21 | 47.7 |
| La familia                        | 9  | 20.5 |
| La diada menor – tutor no agresor | 14 | 31.8 |

¿Tratamiento homogéneo?

|    |    |      |
|----|----|------|
| Sí | 35 | 79.5 |
| No | 9  | 20.5 |

¿Manuales de tratamiento?

|    |    |      |
|----|----|------|
| Sí | 33 | 25.0 |
| No | 11 |      |

Modo de entrenamiento:

|            |    |      |
|------------|----|------|
| Grupal     | 20 | 45.5 |
| Individual | 17 | 38.6 |
| Mixto      | 7  | 15.9 |

En la Tabla 1 también puede comprobarse cómo de los 44 grupos de tratamiento casi la mitad aplicaron intervenciones dirigidas exclusivamente al menor (21 grupos, 47.7%), 14 grupos (31.8%) implicaron a la diada menor – tutor no agresor y 9 grupos (20.5%) implicaron a toda la familia del menor. En la mayoría de las ocasiones el tratamiento fue homogéneo para todos los menores (35 de los 44 grupos, 79.5%) y utilizaron manuales de tratamiento (33 grupos, 75%). Casi la mitad de las intervenciones con los menores se realizaron de forma grupal con otros menores (20 grupos, 45.5%), mientras que en 17 grupos la intervención fue individual (38.6%) y en 7 grupos (15.9%) se combinaron ambas modalidades de tratamiento. En 11 de los 44 grupos de tratamiento los terapeutas eran psicólogos (25%), en otros 11 grupos eran trabajadores sociales, en otros 11 grupos los terapeutas tenían diferente formación y los 11 grupos restantes no aportaron esta información. En más de la mitad de los grupos de tratamiento (24 grupos, 54.5%) los terapeutas tenían una experiencia alta (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Distribución de las variables del terapeuta**

| <b>Variable moderadora</b>        | <b>k</b> | <b>% (N = 44)</b> |
|-----------------------------------|----------|-------------------|
| <u>Formación del terapeuta:</u>   |          |                   |
| Psicólogo                         | 11       | 25.0              |
| Trabajador social                 | 11       | 25.0              |
| Mixto                             | 11       | 25.0              |
| ND                                | 11       | 25.0              |
| <u>Experiencia del terapeuta:</u> |          |                   |
| Alta                              | 24       | 54.5              |
| Media                             | 7        | 15.9              |
| Baja                              | 4        | 9.1               |
| Mixta                             | 3        | 6.8               |
| ND                                | 6        | 13.6              |

ND: Dato no disponible.

En la Tabla 6 se presentan otras características de los tratamientos de tipo continuo. Así, podemos decir que en promedio los tratamientos se

caracterizaron por tener una duración de 12 semanas, a razón de una sesión de una hora aproximadamente por semana y siendo el número total de horas de tratamiento recibidas por cada menor de unas 15 horas.<sup>4</sup>

En las Tablas 3 y 6 se presentan las características sociodemográficas y personales de las muestras de menores que participaron en los estudios. El rango de edades abarcó desde los 2 hasta los 18 años, siendo muy variable la distribución de las edades en los grupos. De hecho, más de la mitad de los grupos (28 de los 51 grupos, 54.9%) mezclaron a niños y adolescentes en sus muestras. La edad mediana de los grupos fue de 10.6 años (DT = 3.3 años). Como era de esperar, la mayoría de los menores eran de sexo femenino: la mitad de los grupos estuvo formado exclusivamente por niñas (25 grupos, 49%) y sólo dos grupos (3.9%) incluyeron sólo varones en la muestra. En promedio, sólo el 10% de los sujetos (según el porcentaje mediano) fueron varones en las muestras (ver Tabla 6). La distribución por etnia en las muestras fue muy variable (ver Tabla 3). Así, en 26 (74.3%) de los 35 grupos que aportaron esta información se incluyeron menores de diferentes etnias. La etnia más representada fue la caucásica (32 grupos, 62.7%), seguida de los negros afroamericanos (26 grupos, 51%) y los hispanos (20 grupos, 39.2%). En cuanto a la frecuencia con que los menores de las muestras tenían un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, es de destacar la gran cantidad de estudios que no aportaron información al respecto (38 de los 51 grupos, ó el 74.5%, no hacen referencia a esta cuestión). De los que lo mencionan, lo habitual fue encontrar en las muestras una mezcla de menores con y sin dicho diagnóstico (12 grupos, 23.5%) y sólo un grupo estuvo formado por menores que habían sido diagnosticados con este trastorno.

**Tabla 3. Distribución de las características de las muestras de sujetos**

| <b>Variable moderadora</b>       | <b>k</b> | <b>% (N = 51)</b> |
|----------------------------------|----------|-------------------|
| <u>Edad media de la muestra:</u> |          |                   |
| Niños (< 6 años)                 | 15       | 5.9               |
| Niños (6 – 12 )                  | 5        | 29.4              |
| Adolescentes ( 13 – 18)          | 28       | 9.8               |
| Mixto                            |          | 54.9              |

<sup>4</sup> Basamos estos cálculos en la mediana en lugar de en la media debido a la asimetría de la distribución de estas variables.

|                                           |    |      |
|-------------------------------------------|----|------|
| <u>Sexo:</u>                              |    |      |
| Sólo niños                                | 2  | 3.9  |
| Sólo niñas                                | 25 | 49.0 |
| Mixto                                     | 24 | 47.1 |
| <u>Etnia:</u>                             |    |      |
| Caucásicos                                | 32 | 62.7 |
| Negros                                    | 26 | 51.0 |
| Hispanos                                  | 20 | 39.2 |
| Orientales                                | 4  | 7.8  |
| Otras                                     | 12 | 23.5 |
| <u>¿Diagnóstico de PTSD?:</u>             |    |      |
| Todos con PTSD                            | 1  | 2.0  |
| Ninguno con PTSD                          | 0  | 0.0  |
| Mixto                                     | 12 | 23.5 |
| No se menciona                            | 38 | 74.5 |
| <u>Tipo de contacto sexual:</u>           |    |      |
| Tocamientos                               | 34 | 66.7 |
| Oral – genital                            | 31 | 60.8 |
| Penetración                               | 43 | 84.3 |
| <u>Relación del menor con el agresor:</u> |    |      |
| Intrafamiliar                             | 9  | 17.6 |
| Extrafamiliar                             | 0  | 0.0  |
| Mixto                                     | 37 | 72.5 |
| ND                                        | 5  | 9.8  |

ND: Dato no disponible.

En las Tablas 3 y 6 también se ofrecen datos sobre la frecuencia con que los menores sufrieron los diferentes tipos de abuso sexual, siendo el más habitual la penetración (43 grupos, 84.3%); de hecho, en promedio el 41% de los menores de las muestras sufrieron este tipo de agresión sexual, que es la más grave (ver Tabla 6). En cuanto a la relación del menor con el agresor, la mayoría de los grupos mezclaron menores que habían sufrido los abusos dentro de la propia familia con menores que los habían sufrido fuera de ella (37 grupos, 72.5%). Sólo 9 grupos (17.6%) se caracterizaron por incluir menores que habían sufrido los abusos dentro de la familia.

En la Tabla 4 se presentan algunas características contextuales de los estudios meta-analizados. La mayoría de los grupos (41 de los 51, ó el 80.4%) se llevaron a cabo en América del Norte (34 grupos en EE UU, 66.7%, y 7 en Canadá, 13.7%). La representación en el meta-análisis de otros continentes y países es minoritaria: 5 grupos en Europa (2 en Irlanda y 3 en Reino Unido), 3 grupos en Oceanía (en concreto, en Australia) y 2 en Asia (en concreto, en Irán). El lugar de aplicación de las intervenciones se reparte entre los centros de salud (20 grupos, 39.2%), servicios de protección del menor (9 grupos, 17.6%) y la universidad (8 grupos, 15.7%). Más de la mitad de los estudios se realizaron en la década de 1990 (31 grupos, 60.8%) y 15 grupos pertenecen al período 2001 – 2005 (29.4%).

**Tabla 4. Distribución de las características contextuales de los estudios**

| Variable moderadora | k  | % (N = 51) |
|---------------------|----|------------|
| <u>Continente:</u>  |    |            |
| América del Norte   | 41 | 80.4       |
| Asia                | 2  | 3.9        |
| Australia           | 3  | 5.9        |
| Europa              | 5  | 9.8        |

País:

|             |    |      |
|-------------|----|------|
| Australia   | 3  | 5.9  |
| Canadá      | 7  | 13.7 |
| EE UU       | 34 | 66.7 |
| Irán        | 2  | 3.9  |
| Irlanda     | 2  | 3.9  |
| Reino Unido | 3  | 5.9  |

Lugar de aplicación:

|                                 |    |      |
|---------------------------------|----|------|
| Universidad                     | 8  | 15.7 |
| Agencia de Protección del Menor | 9  | 17.6 |
| Centro de Salud                 | 20 | 39.2 |
| Hospital                        | 2  | 3.9  |
| Otros                           | 1  | 2.0  |
| ND                              | 11 | 21.6 |

Fecha de publicación:

|             |    |      |
|-------------|----|------|
| 1986 – 1990 | 5  | 9.8  |
| 1991 – 1995 | 13 | 25.5 |
| 1996 – 2000 | 18 | 35.3 |
| 2001 – 2005 | 15 | 29.4 |

ND: Dato no disponible.

Para finalizar con la descripción de las características de los estudios, en las Tablas 5 y 6 se presentan aspectos metodológicos de los mismos. De los 51

grupos meta-analizados, en 28 de ellos el estudio incluyó a más de un grupo y la asignación de los menores a los grupos fue aleatoria (54.9%). De los 23 grupos restantes, 17 de ellos se obtuvieron de estudios que sólo incluyeron un grupo (33.3%) y los 6 restantes procedían de estudios con varios grupos, no siendo aleatoria la asignación de los menores a éstos (11.8%). La mayoría de los estudios reclutaron a los menores a través de varias estrategias (19 grupos, 37.3%) o a instancias de los investigadores (16 grupos, 31.4%). Sólo en una cuarta parte de los grupos (13 grupos, 25.5%) los evaluadores estaban ‘enmascarados’, es decir, desconocían qué tratamiento había recibido el menor que estaba siendo evaluado. Sólo en uno de cada tres grupos (17 grupos, 33.3%) se efectuaron análisis por intención de tratar (o bien no hubo pérdida de sujetos entre el pretest y el postest y, en consecuencia, los análisis por intención de tratar coincidieron con los análisis de los que completaron el tratamiento). En la mitad de los grupos (30 grupos, 58.8%) se efectuaron comparaciones entre los sujetos que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron con objeto de comprobar si existían diferencias entre ellos. En la mitad de los grupos (26 grupos, 51%) se utilizaron varios terapeutas para aplicar el tratamiento, pero éstos no se cruzaron para que aplicaran tratamientos diferentes. Sólo 16 grupos (31.4%) utilizaron varios terapeutas y se cruzaron en los tratamientos; y 8 grupos (15.7%) utilizaron un solo terapeuta en la aplicación del tratamiento. Globalmente, la calidad metodológica de los grupos, medida en una escala de 0 (baja calidad) a 7 (alta calidad) puntos, alcanzó un valor mediano de 3.9 puntos y osciló entre 0.5 y 6.3 puntos (ver Tabla 6).

**Tabla 5. Distribución de las características metodológicas de los estudios**

| <b>Variable moderadora</b>                     | <b>k</b> | <b>% (N = 51)</b> |
|------------------------------------------------|----------|-------------------|
| <u>Asignación de los sujetos a los grupos:</u> |          |                   |
| Aleatoria                                      | 28       | 54.9              |
| No aleatoria                                   | 23       | 45.1              |
| <u>Reclutamiento de los sujetos:</u>           |          |                   |
| A instancias del investigador                  | 16       | 31.4              |
| Agencia de Servicios Sociales                  | 9        | 17.6              |
| Mixto                                          | 19       | 37.3              |
| ND                                             | 7        | 13.7              |

|                                              |    |      |
|----------------------------------------------|----|------|
| <u>¿Enmascaramiento de los evaluadores?:</u> |    |      |
| No                                           | 38 | 74.5 |
| Sí                                           | 13 | 25.5 |
| <u>¿Análisis por intención de tratar?:</u>   |    |      |
| No                                           | 34 | 66.7 |
| Sí                                           | 17 | 33.3 |
| <u>¿Análisis de los abandonos?:</u>          |    |      |
| No                                           | 21 | 41.2 |
| Sí                                           | 30 | 58.8 |
| <u>Diseño:</u>                               |    |      |
| Un solo grupo en el estudio                  | 17 | 33.3 |
| > 1 grupo sin asignación aleatoria           | 6  | 11.8 |
| > 1 grupo con asignación aleatoria           | 28 | 54.9 |
| <u>Tamaño muestral en el postest:</u>        |    |      |
| N < 20                                       | 28 | 54.9 |
| 20 < N < 40                                  | 18 | 35.3 |
| N > 40                                       | 5  | 9.8  |
| <u>¿Varios terapeutas?:</u>                  |    |      |
| No, uno solo                                 | 8  | 15.7 |
| Varios, pero sin cruzar tratamientos         | 26 | 51.0 |
| Varios y con tratamientos cruzados           | 16 | 31.4 |
| ND                                           | 1  | 2.0  |

ND: Dato no disponible.

**Tabla 6. Distribución de las variables moderadoras continuas**

| Variable moderadora                     | k  | Mínimo | Máximo | Media | Mdn  | DT   |
|-----------------------------------------|----|--------|--------|-------|------|------|
| <u>(A) Variables de tratamiento:</u>    |    |        |        |       |      |      |
| Nº de sesiones                          | 39 | 1      | 48     | 14.4  | 12.0 | 9.5  |
| Duración (nº de semanas)                | 40 | 2      | 96     | 17.3  | 12.0 | 15.9 |
| Intensidad (nº de horas por semana)     | 31 | 0.6    | 4.5    | 1.2   | 1.0  | 0.8  |
| Magnitud (nº total de horas)            | 33 | 3.8    | 161.0  | 22.3  | 15.0 | 3.8  |
| <u>(B) Variables de sujeto:</u>         |    |        |        |       |      |      |
| Edad media de la muestras (años)        | 51 | 4.2    | 17.0   | 10.6  | 10.6 | 3.3  |
| Sexo (% de varones)                     | 51 | 0.0    | 100    | 18.8  | 10.0 | 25.4 |
| Contacto sexual (% con penetración)     | 33 | 16.0   | 100    | 43.5  | 41.0 | 19.9 |
| Relación con agresor (% intrafamiliar)  | 40 | 19.0   | 100    | 63.2  | 57.5 | 25.6 |
| <u>(C) Variables metodológicas:</u>     |    |        |        |       |      |      |
| Seguimiento (en meses)                  | 23 | 5      | 82     | 25.8  | 21.0 | 19.4 |
| Calidad metodológica (0-7 puntos)       | 51 | 0.5    | 6.3    | 3.4   | 3.9  | 1.7  |
| N en el pretest (todos los grupos)      | 51 | 5      | 115    | 29    | 25   | 24.1 |
| N en el postest (todos los grupos)      | 51 | 5      | 89     | 22    | 19   | 17.0 |
| N en el seguimiento (todos los grupos)  | 23 | 5      | 82     | 26    | 21   | 19.4 |
| N en el pretest (grupos tratados)       | 44 | 5      | 115    | 31    | 25   | 25.2 |
| N en el pretest (grupos de control)     | 7  | 7      | 47     | 22    | 15   | 14.4 |
| N en el postest (grupos tratados)       | 44 | 5      | 89     | 23    | 19   | 17.8 |
| N en el postest (grupos de control)     | 7  | 6      | 30     | 15    | 15   | 7.8  |
| N en el seguimiento (grupos tratados)   | 22 | 5      | 82     | 26    | 22   | 19.5 |
| N en el seguimiento (grupos de control) | 1  | 10     | 10     | 10    | 10   | --   |
| Mortalidad postest (grupos tratados)    | 44 | 0.0    | 58.0   | 18.7  | 18.0 | 15.7 |
| Mortalidad postest (grupos de control)  | 7  | 0.0    | 60.0   | 25.3  | 17.0 | 27.8 |
| Mortalidad seguim. (grupos tratados)    | 22 | 0.0    | 64.0   | 31.1  | 28.0 | 17.3 |
| Mortalidad seguimiento (grupos control) | 1  | 17.0   | 17.0   | 17.0  | 17.0 | --   |

Los tamaños muestrales de los grupos fueron más bien bajos (ver Tabla 6), siendo el tamaño muestral mediano en el postest de todos los grupos 19 sujetos, mientras que en el pretest fue de 25 sujetos. Esto supuso una pérdida mediana de sujetos en el postest respecto del pretest del 18% en los grupos tratados y del 17% en los grupos de control. De los 51 grupos meta-analizados, 23 de ellos aportaron medidas de seguimiento.

### 3.2 Distribución de los tamaños del efecto

Dada la gran variabilidad observada en los menores que han sufrido abuso sexual en cuanto a la manifestación de sus síntomas, calculamos estimaciones del efecto por separado para las conductas propias de abuso sexual, ansiedad, depresión, autoestima, problemas de conducta y de adaptación general y otras variables. Además, para cada una de estas medidas de resultado calculamos índices del tamaño del efecto separados según el tipo de reporte de los síntomas, distinguiendo entre autoinformes del menor, valoraciones de los padres o tutores y valoraciones de los clínicos, así como una valoración promediada de los tres tipos de reporte para cada medida de resultado. Finalmente, obtuvimos un tamaño del efecto promedio global de todas las medidas de resultado y de reporte, así como para cada tipo de reporte. Con todo este despliegue de estimaciones del tamaño del efecto pretendíamos arrojar luz sobre qué medidas de resultado (o tipos de síntomas) son las que obtienen mejores resultados de eficacia tras la aplicación de algún tratamiento psicológico en menores que han sufrido abuso sexual.

En la Tabla 7 se presentan los tamaños del efecto medios obtenidos para las diferentes medidas de resultado y tipo de reporte, para los grupos de tratamiento y de control por separado. El tamaño del efecto medio global obtenido promediando todas las medidas de resultado y tipos de reporte con los 44 grupos que recibieron algún tratamiento fue  $d = 0.754$  (I.C. al 95%: 0.609 y 0.899), de magnitud alta y estadísticamente significativo. Es decir, el tratamiento psicológico con menores que han sufrido abuso sexual logra mejorar los síntomas de abuso en 0.754 unidades típicas del pretest al postest. Dicho con otras palabras, y asumiendo una distribución normal en las puntuaciones, podemos afirmar que el tratamiento del abuso sexual infantil logra que en el postest los síntomas de abuso manifestados se reduzcan en un 27.34% respecto del pretest. Por el contrario, los 7 grupos de control alcanzaron un tamaño del efecto medio prácticamente nulo,  $d = 0.046$  (I.C. al 95%: -0.164 y 0.256) y estadísticamente no significativo. Es decir, los grupos de control apenas lograron experimentar cambios del pretest al postest en los síntomas de abuso. La diferencia entre el tamaño del efecto medio de los

grupos tratados y el de los grupos de control nos permite obtener una estimación bastante fidedigna de los efectos netos de la terapia, una vez controlados los efectos inespecíficos,  $d_{\text{Neto}} = d_{\text{Tratado}} - d_{\text{Control}} = 0.754 - 0.046 = 0.708$ .

**Tabla 7. Tamaños del efecto medios para las diferentes variables de resultado y tipos de registro en el postest para los grupos de tratamiento y de control**

| Variable de resultado | k  | d <sub>+</sub> | GRUPOS DE TRATAMIENTO |       |                |                | Z  | p      | k      | d <sub>+</sub> | GRUPOS DE CONTROL |      |                |                | Z | p |
|-----------------------|----|----------------|-----------------------|-------|----------------|----------------|----|--------|--------|----------------|-------------------|------|----------------|----------------|---|---|
|                       |    |                | I. C. al 95%          |       | d <sub>i</sub> | d <sub>s</sub> |    |        |        |                | I. C. al 95%      |      | d <sub>i</sub> | d <sub>s</sub> |   |   |
|                       |    |                |                       |       |                |                |    |        |        |                |                   |      |                |                |   |   |
|                       |    |                |                       |       |                |                |    |        |        |                |                   |      |                |                |   |   |
| Abuso sexual:         |    |                |                       |       |                |                |    |        |        |                |                   |      |                |                |   |   |
| Autoinformes          | 22 | 0.414          | 0.283                 | 0.544 | 6.22           | < .001         | 1  | -0.781 | -1.521 | -0.041         | -2.07             | .019 |                |                |   |   |
| Padres                | 16 | 0.405          | 0.281                 | 0.529 | 6.40           | < .001         | 1  | 0.179  | -0.453 | 0.811          | 0.56              | .579 |                |                |   |   |
| Clínicos              | 4  | 3.351          | 2.339                 | 4.362 | 6.49           | < .001         | 1  | 0.542  | -0.141 | 1.225          | 1.56              | .120 |                |                |   |   |
| Global                | 27 | 0.609          | 0.430                 | 0.788 | 6.67           | < .001         | 1  | 0.214  | -0.421 | 0.849          | 0.66              | .509 |                |                |   |   |
| Ansiedad/Estrés:      |    |                |                       |       |                |                |    |        |        |                |                   |      |                |                |   |   |
| Autoinformes          | 19 | 0.485          | 0.373                 | 0.598 | 8.46           | < .001         | 2  | 0.130  | -0.340 | 0.600          | 0.54              | .587 |                |                |   |   |
| Padres                | 1  | 0.830          | 0.416                 | 1.244 | 3.93           | < .001         | -- | --     | --     | --             | --                | --   |                |                |   |   |
| Clínicos              | 1  | 1.909          | 0.924                 | 2.894 | 3.80           | < .001         | 1  | 0.440  | -0.138 | 1.018          | 1.49              | .136 |                |                |   |   |
| Global                | 21 | 0.529          | 0.398                 | 0.659 | 7.94           | < .001         | 3  | 0.253  | -0.111 | 0.618          | 1.36              | .173 |                |                |   |   |
| Depresión:            |    |                |                       |       |                |                |    |        |        |                |                   |      |                |                |   |   |
| Autoinformes          | 20 | 0.412          | 0.325                 | 0.498 | 9.32           | < .001         | 3  | 0.005  | -0.288 | 0.299          | 0.04              | .970 |                |                |   |   |
| Padres                | 1  | 0.667          | 0.274                 | 1.060 | 3.33           | .001           | -- | --     | --     | --             | --                | --   |                |                |   |   |
| Clínicos              | -- | --             | --                    | --    | --             | --             | -- | --     | --     | --             | --                | --   |                |                |   |   |
| Global                | 20 | 0.419          | 0.333                 | 0.506 | 9.48           | < .001         | 3  | 0.005  | -0.288 | 0.299          | 0.04              | .970 |                |                |   |   |
| Autoestima:           |    |                |                       |       |                |                |    |        |        |                |                   |      |                |                |   |   |
| Autoinformes          | 12 | 0.649          | 0.363                 | 0.935 | 4.44           | < .001         | 3  | 0.104  | -0.387 | 0.594          | 0.41              | .679 |                |                |   |   |

|                               |    |       |        |       |       |       |    |        |        |       |       |      |
|-------------------------------|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|--------|--------|-------|-------|------|
| <i>Problemas de conducta:</i> |    |       |        |       |       |       |    |        |        |       |       |      |
| Autoinformes                  | 7  | 0.812 | 0.386  | 1.236 | 3.74  | <.001 | 2  | -0.093 | -0.415 | 0.228 | -0.57 | .569 |
| Padres                        | 30 | 0.544 | 0.421  | 0.667 | 8.66  | <.001 | 4  | 0.141  | -0.187 | 0.468 | 0.84  | .400 |
| Clínicos                      | 6  | 1.625 | 0.966  | 2.284 | 4.83  | <.001 | -- | --     | --     | --    | --    | --   |
| Global                        | 35 | 0.782 | 0.615  | 0.949 | 9.17  | <.001 | 5  | 0.005  | -0.237 | 0.247 | 0.04  | .969 |
| <i>Otras variables:</i>       |    |       |        |       |       |       |    |        |        |       |       |      |
| Autoinformes                  | 10 | 0.370 | 0.175  | 0.564 | 3.72  | <.001 | 2  | 0.357  | -0.368 | 1.083 | 0.96  | .334 |
| Padres                        | 1  | 1.364 | -0.339 | 3.067 | 1.57  | .117  | -- | --     | --     | --    | --    | --   |
| Clínicos                      | 8  | 1.477 | 1.074  | 1.880 | 7.19  | <.001 | 1  | 0.872  | 0.003  | 1.741 | 1.97  | .049 |
| Global                        | 18 | 0.886 | 0.563  | 1.209 | 5.38  | <.001 | 4  | 0.330  | -0.106 | 0.766 | 1.48  | .138 |
| <i>Todas las variables:</i>   |    |       |        |       |       |       |    |        |        |       |       |      |
| Autoinformes                  | 37 | 0.518 | 0.422  | 0.613 | 10.62 | <.001 | 5  | 0.045  | -0.206 | 0.298 | 0.35  | .723 |
| Padres                        | 34 | 0.546 | 0.427  | 0.665 | 8.99  | <.001 | 4  | 0.110  | -0.192 | 0.412 | 0.71  | .475 |
| Clínicos                      | 16 | 1.688 | 1.318  | 2.058 | 8.94  | <.001 | 3  | 0.451  | 0.065  | 0.837 | 2.29  | .022 |
| Global                        | 44 | 0.754 | 0.609  | 0.899 | 10.19 | <.001 | 7  | 0.046  | -0.164 | 0.256 | 0.43  | .668 |

Los resultados globales obtenidos según el tipo registro presentan, no obstante, ciertas discrepancias (ver Tabla 7). El tamaño del efecto medio de los autoinformes de los menores y el de las valoraciones de sus padres o tutores fueron muy similares,  $d = 0.518$  y  $d = 0.546$ , respectivamente, y estadísticamente significativos. Sin embargo, las valoraciones de los clínicos aportaron estimaciones del efecto claramente superiores, siendo el tamaño del efecto medio  $d = 1.688$  y también significativo. Se hace evidente, pues, que la valoración de los cambios del pretest al postest son muy superiores cuando las hacen los clínicos que cuando las hace el propio menor o el padre o tutor del menor. De hecho, esta diferencia se da en todas las medidas de resultado: en las medidas de abuso sexual, en las de ansiedad, problemas de conducta y en otras medidas de resultado (ver Tabla 7).<sup>5</sup>

De las diferentes medidas de resultado evaluadas, las que obtuvieron el tamaño del efecto mayor fueron las que implicaban a otros síntomas diferentes de los incluidos en las categorías específicas, con un valor  $d = 0.886$  ( $Z = 5.38$ ,  $p < .001$ ). En segundo lugar, los mayores efectos se lograron en las medidas de

problemas de conducta y ajuste general, con un efecto medio  $d = 0.782$  ( $Z = 9.17$ ,  $p < .001$ ). En tercer lugar se situaron las medidas de autoestima, con un efecto medio  $d = 0.649$  ( $Z = 4.44$ ,  $p < .001$ ). Les siguieron las medidas propias de abuso sexual, con un efecto medio  $d = 0.609$  ( $Z = 6.67$ ,  $p < .001$ ). Y en última posición se situaron las medidas de ansiedad ( $d = 0.529$ ,  $Z = 7.94$ ,  $p < .001$ ) y las de depresión ( $d = 0.419$ ,  $Z = 9.48$ ,  $p < .001$ ).

Respecto de los grupos de control, su reducido número hace difícil generalizar los resultados obtenidos. Tan sólo alcanzaron una mejora estadísticamente significativa para 'otras medidas de resultado' ( $d = 0.872$ ,  $Z = 1.97$ ,  $p = .049$ ) y para el efecto medio global de los clínicos ( $d = 0.451$ ,  $Z = 2.29$ ,  $p = .022$ ). Por tanto, podemos afirmar que los menores que no recibieron ningún tipo de tratamiento no mejoraron significativamente sus síntomas de abuso.

En la Tabla 8 se presentan los resultados del análisis de la heterogeneidad de las estimaciones del efecto obtenidas en los grupos tratados y de control por separado, para cada medida de resultado y tipo de registro. Como era de esperar, los grupos tratados presentaron, en general, una elevada heterogeneidad [ $Q(43) = 134.781$ ,  $p < .001$ ;  $I^2 = 68.1$ ], por lo que se hace preciso indagar en las variables moderadoras que pueden explicar tal heterogeneidad en los resultados de eficacia exhibidos en los estudios. Esta heterogeneidad global se dio en las medidas de abuso sexual [ $Q(26) = 108.536$ ,  $p < .001$ ;  $I^2 = 76.0$ ], en los problemas de conducta y ajuste general [ $Q(34) = 121.873$ ,  $p < .001$ ;  $I^2 = 72.1$ ], en las de autoestima [ $Q(11) = 25.201$ ,  $p = .008$ ;  $I^2 = 56.3$ ], en otras medidas de resultado [ $Q(17) = 114.732$ ,  $p < .001$ ;  $I^2 = 85.2$ ] y, en menor medida, en las de ansiedad [ $Q(20) = 32.353$ ,  $p = .040$ ;  $I^2 = 38.2$ ]. Las medidas de depresión, sin embargo, reflejaron homogeneidad entre sus estimaciones del efecto [ $Q(19) = 16.096$ ,  $p = .651$ ;  $I^2 = 0.0$ ]. Los grupos de control, por el contrario, presentaron una clara homogeneidad entre sus estimaciones de los efectos para todas las medidas de resultado (ver Tabla 8).

<sup>5</sup> Excluimos de esta comparación las medidas de autoestima, ya que todas ellas fueron autoinformes, y las medidas de depresión, ya que no hubo valoraciones de los clínicos.

**Tabla 8. Análisis de la heterogeneidad para las diferentes variables de resultado y tipos de registro en el postest para los grupos de tratamiento y de control**

| Variable de resultado         | GRUPOS DE TRATAMIENTO |          |          |                       |          | GRUPOS DE CONTROL |          |          |                       |          |
|-------------------------------|-----------------------|----------|----------|-----------------------|----------|-------------------|----------|----------|-----------------------|----------|
|                               | <i>k</i>              | <i>Q</i> | <i>p</i> | <i>I</i> <sup>2</sup> | $\tau^2$ | <i>k</i>          | <i>Q</i> | <i>p</i> | <i>I</i> <sup>2</sup> | $\tau^2$ |
| <i>Abuso sexual:</i>          |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| Autoinformes                  | 22                    | 44.034   | .002     | 52.3                  | 0.0435   | 1                 | --       | --       | --                    | --       |
| Padres                        | 16                    | 20.927   | .139     | 28.3                  | 0.0160   | 1                 | --       | --       | --                    | --       |
| Clínicos                      | 4                     | 6.932    | .074     | 56.7                  | 0.5841   | 1                 | --       | --       | --                    | --       |
| Global                        | 27                    | 108.536  | < .001   | 76.0                  | 0.1418   | 1                 | --       | --       | --                    | --       |
|                               |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| <i>Ansiedad/Estrés:</i>       |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| Autoinformes                  | 19                    | 22.176   | .224     | 18.8                  | 0.0107   | 2                 | 0.007    | .934     | 0.0                   | 0.0      |
| Padres                        | 1                     | --       | --       | --                    | --       | --                | --       | --       | --                    | --       |
| Clínicos                      | 1                     | --       | --       | --                    | --       | 1                 | --       | --       | --                    | --       |
| Global                        | 21                    | 32.353   | .040     | 38.2                  | 0.0296   | 3                 | 0.669    | .716     | 0.0                   | 0.0      |
|                               |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| <i>Depresión:</i>             |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| Autoinformes                  | 20                    | 15.831   | .668     | 0.0                   | 0.0      | 3                 | 1.314    | .518     | 0.0                   | 0.0      |
| Padres                        | 1                     | --       | --       | --                    | --       | --                | --       | --       | --                    | --       |
| Clínicos                      | --                    | --       | --       | --                    | --       | --                | --       | --       | --                    | --       |
| Global                        | 20                    | 16.096   | .651     | 0.0                   | 0.0      | 3                 | 1.314    | .518     | 0.0                   | 0.0      |
|                               |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| <i>Autoestima:</i>            |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| Autoinformes                  | 12                    | 25.201   | .008     | 56.3                  | 0.1213   | 3                 | 3.918    | .141     | 48.9                  | 0.0915   |
|                               |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| <i>Problemas de conducta:</i> |                       |          |          |                       |          |                   |          |          |                       |          |
| Autoinformes                  | 7                     | 34.286   | < .001   | 82.5                  | 0.2370   | 2                 | 0.610    | .435     | 0.0                   | 0.0      |
| Padres                        | 30                    | 56.863   | .001     | 49.0                  | 0.0485   | 4                 | 3.596    | .308     | 16.6                  | 0.0187   |
| Clínicos                      | 6                     | 16.463   | .006     | 69.6                  | 0.4683   | --                | --       | --       | --                    | --       |
| Global                        | 35                    | 121.873  | < .001   | 72.1                  | 0.1501   | 5                 | 4.291    | .368     | 6.8                   | 0.0054   |

*Otras variables:*

|              |    |         |        |      |        |    |       |      |      |        |
|--------------|----|---------|--------|------|--------|----|-------|------|------|--------|
| Autoinformes | 10 | 13.003  | .162   | 30.8 | 0.0270 | 2  | 2.533 | .111 | 60.5 | 0.1682 |
| Padres       | 1  | --      | --     | --   | --     | -- | --    | --   | --   | --     |
| Clínicos     | 8  | 28.248  | < .001 | 75.2 | 0.2140 | 1  | --    | --   | --   | --     |
| Global       | 18 | 114.732 | < .001 | 85.2 | .3521  | 4  | 5.325 | .149 | 43.7 | 0.0857 |

*Todas las variables:*

|              |    |         |        |      |        |   |       |      |     |        |
|--------------|----|---------|--------|------|--------|---|-------|------|-----|--------|
| Autoinformes | 37 | 50.768  | .052   | 2.8  | 0.0219 | 5 | 5.325 | .682 | 0.0 | 0.0    |
| Padres       | 34 | 61.177  | .002   | 46.0 | 0.0470 | 4 | 3.129 | .372 | 4.1 | 0.0040 |
| Clínicos     | 16 | 63.180  | < .001 | 76.5 | 0.3626 | 3 | 1.641 | .440 | 0.0 | 0.0    |
| Global       | 44 | 134.781 | < .001 | 68.1 | 0.1316 | 7 | 5.225 | .515 | 0.0 | 0.0    |

### 3.3 Eficacia de los tratamientos

El objetivo principal de este meta-análisis era comparar la eficacia exhibida por los diferentes tratamientos psicológicos que, hasta la fecha, se han estudiado para reducir los síntomas de menores que han sufrido abuso sexual. Como ya se comentó en una sección anterior (ver Tabla 1), los estudios meta-analizados aplicaron tratamientos basados en diferentes enfoques y modelos teóricos. En concreto, hemos incluido tratamientos basados en el modelo cognitivo-conductual, en la terapia de juego, en la terapia de apoyo y en los enfoques psicodinámico y humanista. Además, en numerosas ocasiones los estudios han combinado varios enfoques de tratamiento, pero en todos estos casos el modelo cognitivo-conductual ha tomado parte en ellos.

La literatura en este campo ya ha puesto en evidencia que los síntomas manifestados por los menores que han sufrido abuso sexual son muy heterogéneos, tales como síntomas propios de abuso, ansiedad, depresión, baja autoestima, problemas de conducta y ajuste general, etc. Esta circunstancia ha hecho que las variables de resultado reportadas en los estudios no sean homogéneas. Es por ello que el análisis de la eficacia diferencial de los tratamientos encontrados lo hemos hecho aplicando ANOVAs, desde un modelo de efectos mixtos, a cada medida de resultado por separado, así como a una medida global de todas ellas. De esta forma, podemos comprobar si tratamientos diferentes son más efectivos para distintos síntomas. Los ANOVAs que alcanzaron diferencias estadísticamente

significativas entre los diferentes tratamientos fueron los realizados con las medidas globales de resultado, con las medidas propias de abuso sexual y con las medidas de problemas de conducta y ajuste general. Es por ello que sólo presentamos los resultados de estos tres análisis en las Tablas 9-11.

**Tabla 9. ANOVA del tipo de tratamiento sobre la medida global de resultado**

| Tratamiento                                                                       | <i>k</i> | <i>d</i> <sub>+</sub> | I. C. al 95%          |                       | <i>Q</i> <sub>w</sub> | <i>p</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
|                                                                                   |          |                       | <i>d</i> <sub>i</sub> | <i>d</i> <sub>s</sub> |                       |          |
| Cognitivo-conductual (CC)                                                         | 17       | 0.636                 | 0.476                 | 0.795                 | 11.252                | .794     |
| Terapia de juego (J)                                                              | 2        | 0.349                 | -0.165                | 0.862                 | 0.143                 | .705     |
| Terapia de apoyo (A)                                                              | 8        | 0.686                 | 0.405                 | 0.966                 | 10.809                | .147     |
| Terapia psicodinámica (P)                                                         | 4        | 2.630                 | 1.984                 | 3.276                 | 9.530                 | .023     |
| Terapia humanista (H)                                                             | 4        | 0.472                 | 0.203                 | 0.742                 | 5.073                 | .166     |
| CC + A                                                                            | 1        | 1.980                 | 0.928                 | 3.032                 | --                    | --       |
| CC + P                                                                            | 4        | 0.557                 | 0.186                 | 0.928                 | 0.318                 | .957     |
| CC + J + A                                                                        | 2        | 1.590                 | 1.074                 | 2.164                 | 0.643                 | .423     |
| CC + J + P                                                                        | 1        | 0.449                 | -0.072                | 0.970                 | --                    | --       |
| CC + A + P                                                                        | 1        | 0.544                 | -0.384                | 1.472                 | --                    | --       |
| No tratamiento (control)                                                          | 7        | 0.082                 | -0.188                | 0.353                 | 3.145                 | .790     |
| 51 $Q_B(10) = 72.824, p < .001; \omega^2 = 0.545$<br>$Q_w(40) = 42.914, p = .430$ |          |                       |                       |                       |                       |          |

*k*: número de estudios. *d*<sub>+</sub>: tamaño del efecto medio. *d*<sub>i</sub> y *d*<sub>s</sub>: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al tamaño del efecto medio. *Q*<sub>w</sub>: prueba chi-cuadrado (*k* - 1 grados de libertad) de homogeneidad para cada categoría. *p*: en todos los casos, nivel crítico de probabilidad de la prueba estadística a que acompaña. *Q*<sub>B</sub>: prueba chi-cuadrado de comparación de los efectos medios entre las categorías (con *c* - 1 grados de libertad, siendo *c* el número de categorías de la variable moderadora). *Q*<sub>w</sub>: prueba chi-cuadrado de homogeneidad global intra-categoría (con grados de libertad al total de grupos menos el número de categorías, *c*).  $\omega^2$ : índice de proporción de varianza explicada 'omega cuadrada de Hays'.

La Tabla 9 presenta los resultados del ANOVA aplicado sobre la medida global de los resultados, que alcanzó diferencias significativas entre los tratamientos y con un alto porcentaje de varianza explicada del 54.5% [ $Q_B(10) = 72.824, p < .001; \omega^2 = 0.545$ ]. Centrando nuestra atención en aquellas categorías de tratamiento que no mezclaron enfoques teóricos diferentes, los tratamientos basados en el modelo psicodinámico fueron los que presentaron el efecto medio más alto ( $d = 2.630, k = 4$  grupos), seguidos de la terapia de apoyo ( $d = 0.686, k = 8$  grupos), de los tratamientos cognitivo-conductuales ( $d = 0.636, k = 17$  grupos) y de los tratamientos basados en el enfoque humanista ( $d = 0.472, k = 4$  grupos). Estos tipos de tratamiento alcanzaron un efecto medio estadísticamente significativo (véanse en la Tabla 9 sus intervalos de confianza), mientras que la terapia de juego obtuvo un efecto medio débil y estadísticamente no significativo ( $d = 0.349, k = 2$  grupos). Frente a estas categorías de tratamiento, los 7 grupos de control presentaron un efecto medio prácticamente nulo y no significativo ( $d = 0.082, k = 7$  grupos).

El elevado tamaño del efecto medio obtenido por los tratamientos psicodinámicos en comparación con el resto de categorías de tratamiento analizadas merece un examen más detenido. Los 4 grupos en cuestión obtuvieron índices de cambio pretest-posttest  $d = 1.033$  (MacKay et al., 1987, que aplicaron psicodrama),  $d = 2.573$  (Nelki y Watters, 1989),  $d = 2.916$  y  $d = 3.417$  (Trowell et al., 2002, grupos A y B). Resulta un tanto paradójico que los efectos más altos los hayan obtenido estudios que son bastante antiguos (a excepción del trabajo de Trowell et al., 2002, los otros dos tienen unos 20 años de antigüedad) y aplicando un modelo de tratamiento que no es el actualmente predominante en este campo. Un examen más detallado de estos estudios nos permite plantear las siguientes matizaciones. En primer lugar, los tres índices *d* más altos (el de Nelki y Watters, 1989 y los dos de Trowell et al., 2002) no sólo incluyeron algún tratamiento psicodinámico, sino también un componente de educación, por lo que el efecto medio para esta categoría puede haber sido sobreestimado al incluir componentes educativos, los cuales son habituales en otros enfoques como, por ejemplo, en los tratamientos cognitivo-conductuales. En segundo lugar, los dos tamaños del efecto más altos ( $d = 2.916$  y  $d = 3.417$ ; Trowell et al., 2002, grupos

A y B) se obtuvieron a partir de valoraciones de los clínicos y no mediante autoinformes ni evaluaciones de los padres. Como ya se ha puesto de manifiesto anteriormente, los tamaños del efecto obtenidos de los clínicos muestran magnitudes considerablemente mayores que las de los autoinformes y padres, por lo que estos tamaños del efecto pueden haber sesgado al alza el efecto medio de los tratamientos psicodinámicos. En tercer lugar, los otros dos índices  $d$  ( $d = 1.033$ , MacKay et al., 1987;  $d = 2.573$ , Nelki y Watters, 1989) están basados en porcentajes de aumento/decremento de problemas en los niños en lugar de en medias y desviaciones típicas de tests o escalas debidamente baremados, por lo que también es posible que estas estimaciones del efecto hayan sesgado al alza el efecto medio de los tratamientos psicodinámicos. Todas estas consideraciones nos hacen interpretar con extrema cautela el resultado tan positivo obtenido por este tipo de tratamientos en comparación con otros tipos de intervención, como la cognitivo-conductual específica de abuso o la terapia de apoyo, que son las actualmente más defendidas en el campo.

Además de estas categorías de tratamiento hubo 9 grupos que combinaron tratamientos cognitivo-conductuales con otras modalidades de tratamiento (ver Tabla 9). De todas ellas, la combinación entre terapia cognitivo-conductual y terapia de apoyo fue la que presentó el efecto más alto ( $d = 1.980$ ,  $k = 1$  grupo), seguida de la combinación entre terapia cognitivo-conductual, terapia de juego y terapia de apoyo ( $d = 1.590$ ,  $k = 2$  grupos) y de aquella con tratamiento psicodinámico ( $d = 0.557$ ,  $k = 4$  grupos). No obstante, el escaso número de estudios que han combinado estos tratamientos invita a una interpretación muy cautelosa de sus resultados.

El análisis comparativo de la eficacia de los tratamientos sobre las *medidas propias de abuso sexual* se muestra en la Tabla 10. Se obtuvieron diferencias significativas entre las diferentes modalidades de tratamiento evaluadas, con un 66.9% de varianza explicada [ $Q_B(8) = 74.775$ ,  $p < .001$ ;  $\omega^2 = 0.669$ ]. De entre los tratamientos que no mezclaron diferentes enfoques, destaca el efecto medio alcanzado por los dos grupos que aplicaron tratamiento psicodinámico ( $d = 3.702$ ), seguido de un estudio que aplicó terapia de juego ( $d = 0.638$ , aunque no alcanzó la significación estadística), 13 grupos que aplicaron tratamientos cognitivo-conductuales ( $d = 0.480$ ), tres que aplicaron terapia de apoyo ( $d = 0.376$ ) y otros tres que aplicaron enfoques humanistas ( $d = 0.291$ ). De entre los estudios que combinaron diferentes enfoques destaca la combinación CC + J + A, que fue aplicada en un grupo y alcanzó un efecto  $d = 1.923$ .

**Tabla 10. ANOVA del tipo de tratamiento sobre las medidas propias de abuso sexual**

| Tratamiento               | $k$ | $d_+$ | I. C. al 95% |       | $Q_w$  | $p$  |
|---------------------------|-----|-------|--------------|-------|--------|------|
|                           |     |       | $d_i$        | $d_s$ |        |      |
| Cognitivo-conductual (CC) | 13  | 0.480 | 0.332        | 0.629 | 17.658 | .126 |
| Terapia de juego (J)      | 1   | 0.638 | -0.448       | 1.724 | --     | --   |
| Terapia de apoyo (A)      | 3   | 0.376 | 0.073        | 0.680 | 1.580  | .454 |
| Terapia psicodinámica (P) | 2   | 3.702 | 2.889        | 4.515 | 1.120  | .290 |
| Terapia humanista (H)     | 3   | 0.291 | 0.054        | 0.528 | 1.204  | .548 |
| CC + P                    | 3   | 0.349 | 0.033        | 0.665 | 0.436  | .804 |
| CC + J + A                | 1   | 1.923 | 1.028        | 2.818 | --     | --   |
| CC + J + P                | 1   | 0.380 | -0.041       | 0.801 | --     | --   |
| No tratamiento (control)  | 1   | 0.214 | -0.480       | 0.908 | --     | --   |

$Q_B(8) = 74.775, p < .001; \omega^2 = 0.669$

28

$Q_w(19) = 21.998, p = .284$

$k$ : número de estudios.  $d_+$ : tamaño del efecto medio.  $d_i$  y  $d_s$ : límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al tamaño del efecto medio.  $Q_w$ : prueba chi-cuadrado ( $k - 1$  grados de libertad) de homogeneidad para cada categoría.  $p$ : en todos los casos, nivel crítico de probabilidad de la prueba estadística a que acompaña.  $Q_B$ : prueba chi-cuadrado de comparación de los efectos medios entre las categorías (con  $c - 1$  grados de libertad, siendo  $c$  el número de categorías de la variable moderadora).  $Q_w$ : prueba chi-cuadrado de homogeneidad global intra-categoría (con grados de libertad al total de grupos menos el número de categorías,  $c$ ).  $\omega^2$ : índice de proporción de varianza explicada 'omega cuadrada de Hays'.

En la Tabla 11 se presentan los resultados del ANOVA aplicado sobre los 40 grupos que aportaron medidas sobre *problemas de conducta y ajuste general*. En este caso, los diferentes tratamientos aplicados presentaron efectos medios significativamente diferentes entre sí, con un porcentaje de varianza explicada

muy alto, del 50.4% [ $Q_B(8) = 57.224, p < .001; \omega^2 = 0.504$ ]. Los tratamientos más efectivos fueron los basados en el modelo psicodinámico ( $d = 2.545, k = 3$  grupos), la terapia de apoyo ( $d = 0.845, k = 7$  grupos) y las técnicas cognitivo-conductuales ( $d = 0.598, k = 15$  grupos). Todos los tratamientos combinados obtuvieron efectos medios altos, destacando la combinación cognitivo-conductual con terapia de apoyo ( $d = 1.980, k = 1$  grupo).

**Tabla 11. ANOVA del tipo de tratamiento sobre las medidas de problemas de conducta y ajuste general**

| Tratamiento               | $k$ | $d_+$ | I. C. al 95% |       | $Q_w$  | $p$  |
|---------------------------|-----|-------|--------------|-------|--------|------|
|                           |     |       | $di$         | $ds$  |        |      |
| Cognitivo-conductual (CC) | 15  | 0.598 | 0.419        | 0.778 | 9.451  | .801 |
| Terapia de juego (J)      | 2   | 0.383 | -0.159       | 0.926 | 0.009  | .922 |
| Terapia de apoyo (A)      | 7   | 0.845 | 0.532        | 1.157 | 11.788 | .067 |
| Terapia psicodinámica (P) | 3   | 2.545 | 1.901        | 3.188 | 0.026  | .987 |
| Terapia humanista (H)     | 4   | 0.496 | 0.195        | 0.796 | 12.749 | .005 |
| CC + A                    | 1   | 1.980 | 0.904        | 3.056 | --     | --   |
| CC + P                    | 2   | 0.713 | 0.131        | 1.295 | 0.041  | .840 |
| CC + J + A                | 1   | 0.940 | 0.188        | 1.693 | --     | --   |
| No tratamiento (control)  | 5   | 0.040 | -0.282       | 0.361 | 2.368  | .668 |

$$Q_B(8) = 57.224, p < .001; \omega^2 = 0.504$$

$$40 \quad Q_W(31) = 36.432, p = .231$$

$k$ : número de estudios.  $d_+$ : tamaño del efecto medio.  $di$  y  $ds$ : límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al tamaño del efecto medio.  $Q_w$ : prueba chi-cuadrado ( $k - 1$  grados de libertad) de homogeneidad para cada categoría.  $p$ : en todos los casos, nivel crítico de probabilidad de la prueba estadística a que acompaña.  $Q_B$ : prueba chi-cuadrado de comparación de los efectos medios entre las categorías (con  $c - 1$  grados de libertad, siendo  $c$  el número de categorías de la variable moderadora).  $Q_w$ : prueba chi-cuadrado de homogeneidad

global intra-categoría (con grados de libertad al total de grupos menos el número de categorías,  $c$ ).  $\omega^2$ : índice de proporción de varianza explicada 'omega cuadrada de Hays'.

### 3.4 Otras variables de tratamiento

Completamos el análisis diferencial de los efectos de los tratamientos con otras características de éstos. La Tabla 12 presenta los ANOVAs aplicados sobre las variables de tratamiento cualitativas, mientras que la Tabla 13 presenta los análisis de regresión simple aplicados sobre las variables moderadoras continuas. Comenzando por estas últimas (Tabla 13), se hace evidente que la duración del tratamiento, definida como el número de semanas de intervención, es una característica que está positivamente relacionada con el tamaño del efecto [ $B_j = 0.010, Z = 2.032, p = .042, R^2 = 0.064$ ]. Pero más relevante todavía parece ser la relación del número de sesiones recibidas por los menores con los tamaños del efecto, alcanzando un 18.6% de varianza explicada [ $B_j = 0.033, Z = 3.341, p < .001, R^2 = 0.186$ ]. Por el contrario, no parece ser muy relevante para explicar el tamaño del efecto ni la intensidad de la intervención, definida como el número de horas de tratamiento por semana, ni la magnitud del tratamiento, definida como el número total de horas de intervención recibida por el menor.

**Tabla 12. ANOVAs de las variables de tratamiento sobre las medidas globales de resultado**

| Variable moderadora    | $k$ | $d_+$ | I. C. al 95% |       | $Q_w$  | $p$    |
|------------------------|-----|-------|--------------|-------|--------|--------|
|                        |     |       | $di$         | $ds$  |        |        |
| Foco del tratamiento:  | 21  | 0.907 | 0.674        | 1.140 | 47.900 | < .001 |
| El menor               | 9   | 0.716 | 0.397        | 1.034 | 5.216  | .734   |
| La familia             | 14  | 0.621 | 0.374        | 0.868 | 6.500  | .926   |
| La díada menor – tutor |     |       |              |       |        |        |

$$Q_B(2) = 2.813, p = .245; \omega^2 = 0.0$$

$$Q_W(41) = 59.617, p = .030$$

|                                                                            |    |       |       |       |        |        |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------|-------|--------|--------|
| <u>Homogeneidad tratamiento:</u>                                           |    |       |       |       |        |        |
| No homogéneo                                                               | 9  | 0.936 | 0.577 | 1.295 | 23.829 | .002   |
| Homogéneo                                                                  | 35 | 0.721 | 0.559 | 0.882 | 38.826 | .261   |
| $Q_b(1) = 1.523, p = .283; \omega^2 = 0.0$<br>$Q_w(42) = 62.656, p = .021$ |    |       |       |       |        |        |
| <u>Manual de tratamiento:</u>                                              |    |       |       |       |        |        |
| No                                                                         | 11 | 0.693 | 0.373 | 1.014 | 6.830  | .741   |
| Sí                                                                         | 33 | 0.773 | 0.608 | 0.938 | 57.065 | .004   |
| $Q_b(1) = 0.188, p = .664; \omega^2 = 0.0$<br>$Q_w(42) = 63.895, p = .016$ |    |       |       |       |        |        |
| <u>Entrenamiento:</u>                                                      |    |       |       |       |        |        |
| Grupal                                                                     | 20 | 0.857 | 0.614 | 1.100 | 35.678 | .012   |
| Individual                                                                 | 17 | 0.724 | 0.496 | 0.953 | 23.673 | .097   |
| Mixto                                                                      | 7  | 0.647 | 0.295 | 0.999 | 1.492  | .960   |
| $Q_b(2) = 1.098, p = .577; \omega^2 = 0.0$<br>$Q_w(41) = 60.843, p = .024$ |    |       |       |       |        |        |
| <u>Formación del terapeuta:</u>                                            |    |       |       |       |        |        |
| Psicólogo                                                                  | 11 | 0.712 | 0.361 | 1.063 | 2.914  | .983   |
| Trabajador social                                                          | 11 | 0.772 | 0.494 | 1.049 | 37.856 | < .001 |
| Mixto                                                                      | 11 | 0.769 | 0.476 | 1.062 | 9.666  | .470   |

|                                                                            |    |       |       |       |        |      |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------|-------|--------|------|
| $Q_b(2) = 0.081, p = .960; \omega^2 = 0.0$<br>$Q_w(30) = 50.437, p = .011$ |    |       |       |       |        |      |
| <u>Experiencia del terapeuta:</u>                                          |    |       |       |       |        |      |
| Alta                                                                       | 24 | 0.719 | 0.526 | 0.911 | 46.597 | .002 |
| Media                                                                      | 7  | 0.761 | 0.423 | 1.099 | 1.044  | .984 |
| Baja                                                                       | 4  | 0.841 | 0.310 | 1.372 | 3.123  | .373 |
| Mixta                                                                      | 3  | 0.886 | 0.301 | 1.472 | 4.401  | .111 |
| $Q_b(3) = 0.427, p = .935; \omega^2 = 0.0$<br>$Q_w(34) = 55.165, p = .012$ |    |       |       |       |        |      |

$k$ : número de estudios.  $d_+$ : tamaño del efecto medio.  $di$  y  $ds$ : límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al tamaño del efecto medio.  $Q_w$ : prueba chi-cuadrado ( $k - 1$  grados de libertad) de homogeneidad para cada categoría.  $p$ : en todos los casos, nivel crítico de probabilidad de la prueba estadística a que acompaña.  $Q_b$ : prueba chi-cuadrado de comparación de los efectos medios entre las categorías (con  $c - 1$  grados de libertad, siendo  $c$  el número de categorías de la variable moderadora).  $Q_w$ : prueba chi-cuadrado de homogeneidad global intra-categoría (con grados de libertad al total de grupos menos el número de categorías,  $c$ ).  $\omega^2$ : índice de proporción de varianza explicada 'omega cuadrada de Hays'.

**Tabla 13. Análisis de regresión simples de las variables moderadoras continuas sobre las medidas globales de resultado**

| Variable moderadora                  | k  | $B_j$ | Z     | p      | $Q_e$  | p    | $R^2$ |
|--------------------------------------|----|-------|-------|--------|--------|------|-------|
| <u>(A) Variables de tratamiento:</u> |    |       |       |        |        |      |       |
| Nº de sesiones                       | 39 | 0.033 | 3.341 | < .001 | 48.967 | .090 | .186  |
| Duración (nº de semanas)             | 40 | 0.010 | 2.032 | .042   | 59.908 | .013 | .064  |
| Intensidad (nº horas por semana)     | 31 | 0.011 | 0.069 | .945   | 45.099 | .029 | .000  |
| Magnitud (nº total de horas)         | 33 | 0.003 | 1.158 | .247   | 46.010 | .040 | .028  |

(B) Variables de sujeto:

|                                 |    |        |        |      |        |      |      |
|---------------------------------|----|--------|--------|------|--------|------|------|
| Edad media de la muestra        | 44 | 0.015  | 0.643  | .520 | 63.448 | .018 | .006 |
| Sexo (% de varones)             | 44 | -0.003 | -0.900 | .368 | 63.340 | .018 | .013 |
| Contacto sexual (% penetración) | 29 | 0.003  | 0.647  | .518 | 48.717 | .006 | .008 |
| Relación agresor (% intrafam.)  | 34 | 0.002  | 0.560  | .576 | 33.262 | .406 | .009 |

(C) Variables metodológicas:

|                              |    |        |        |      |        |      |      |
|------------------------------|----|--------|--------|------|--------|------|------|
| Calidad metodológica (0 – 7) | 44 | -0.038 | -0.856 | .392 | 63.219 | .019 | .011 |
| N en el posttest             | 44 | -0.004 | -1.203 | .229 | 61.319 | .027 | .023 |
| Mortalidad en el posttest    | 44 | -0.451 | -1.002 | .316 | 64.730 | .014 | .015 |

(D) Variables de contexto:

|                   |    |        |        |      |        |      |      |
|-------------------|----|--------|--------|------|--------|------|------|
| Fecha del estudio | 44 | -0.010 | -0.597 | .550 | 63.292 | .018 | .006 |
|-------------------|----|--------|--------|------|--------|------|------|

$k$ : número de estudios.  $B_j$ : coeficiente de regresión no estandarizado.  $Z$ : prueba de significación estadística para el coeficiente de regresión.  $Q_E$ : prueba chi-cuadrado ( $k - 2$  grados de libertad) para comprobar si el modelo está bien especificado.  $R^2$ : proporción de varianza explicada.

En cuanto las variables moderadoras cualitativas, la Tabla 12 presenta los resultados de los ANOVAs aplicados al foco del tratamiento (el menor, la familia o la diada menor-tutor), la homogeneidad del tratamiento, el uso de manual de tratamiento, el modo de entrenamiento (grupal, individual o mixto), la formación de los terapeutas (psicólogo, trabajador social o mixto) y la experiencia de los terapeutas (alta, media, baja o mixta). En ningún caso se obtuvo un resultado estadísticamente significativo con los tamaños del efecto ( $p > .05$ ). Por tanto, estas características de los estudios no parecen ser relevantes para explicar la variabilidad en los resultados de eficacia obtenidos en los estudios.

### 3.5 Variables de sujeto

Otro conjunto de variables moderadoras que pueden afectar a los resultados de eficacia obtenidos por los tratamientos son las que se refieren a las características

sociodemográficas y personales de las muestras de menores analizadas en los estudios. La Tabla 14 presenta los ANOVAs aplicados sobre las características cualitativas y la Tabla 13 recoge los análisis de regresión simple aplicados sobre las características continuas. Las características cualitativas de las muestras de sujetos analizadas fueron la edad de los menores (niños menores de 6 años, niños entre 6 y 12 años, adolescentes o mixto), el sexo mayoritario en la muestra (sólo niños, sólo niñas o mixto), la etnia mayoritaria en la muestra (caucásicos, negros afroamericanos, orientales o mixta), la frecuencia de diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (todos, mixto o no se menciona) y la relación del menor con el agresor (intrafamiliar o mixta).

**Tabla 14. ANOVAs de las variables de sujeto sobre las medidas globales de resultado**

| Variable moderadora                        | $k$ | $d_+$ | I. C. al 95% |       | $Q_w$  | $p$  |
|--------------------------------------------|-----|-------|--------------|-------|--------|------|
|                                            |     |       | $d_i$        | $d_s$ |        |      |
| <hr/>                                      |     |       |              |       |        |      |
| <u>Edad media de la muestra:</u>           | 3   | 0.564 | 0.018        | 1.109 | 0.567  | .753 |
| Niños (< 6 años)                           | 12  | 0.838 | 0.547        | 1.129 | 13.477 | .263 |
| Niños (6 – 12)                             | 3   | 0.685 | 0.073        | 1.297 | 0.199  | .905 |
| Adolescentes (13 – 18)                     | 26  | 0.763 | 0.564        | 0.961 | 46.012 | .006 |
| Mixto                                      |     |       |              |       |        |      |
| <hr/>                                      |     |       |              |       |        |      |
| $Q_b(3) = 0.829, p = .842; \omega^2 = 0.0$ |     |       |              |       |        |      |
| $Q_w(40) = 60.255, p = .021$               |     |       |              |       |        |      |
| <hr/>                                      |     |       |              |       |        |      |
| <u>Sexo de la muestra:</u>                 |     |       |              |       |        |      |
| Sólo niños                                 | 2   | 0.571 | -0.124       | 1.266 | 0.006  | .939 |
| Sólo niñas                                 | 21  | 0.995 | 0.756        | 1.234 | 41.827 | .003 |
| Mixto                                      | 21  | 0.618 | 0.431        | 0.806 | 17.444 | .624 |

$$Q_B(2) = 6.177, p = .046; \omega^2 = 0.049$$

$$Q_W(41) = 59.277, p = .032$$

Etnia en la muestra:

|            |    |       |        |       |        |      |
|------------|----|-------|--------|-------|--------|------|
| Mixta      | 24 | 0.727 | 0.544  | 0.910 | 46.915 | .002 |
| Caucásicos | 5  | 0.609 | 0.174  | 1.044 | 1.356  | .852 |
| Negros     | 1  | 0.544 | -0.562 | 1.649 | --     | --   |
| Orientales | 2  | 1.014 | -0.009 | 2.036 | 0.204  |      |

$$Q_B(3) = 0.664, p = .881; \omega^2 = 0.0$$

$$Q_W(28) = 48.475, p = .009$$

Diagnóstico de PTSD<sup>a</sup>:

|                |    |       |        |       |        |    |
|----------------|----|-------|--------|-------|--------|----|
| Todos con PTSD | 1  | 1.069 | -0.166 | 2.305 | --     | -- |
| Mixto          | 10 | 1.012 | 0.734  | 1.290 | 29.601 |    |
| No se menciona | 33 | 0.650 | 0.482  | 0.819 | 31.556 |    |

$$Q_B(2) = 5.001, p = .082; \omega^2 = 0.030$$

$$Q_W(41) = 61.157, p = .022$$

Relación menor – agresor:

|               |    |       |       |       |        |      |
|---------------|----|-------|-------|-------|--------|------|
| Intrafamiliar | 6  | 0.838 | 0.398 | 1.277 | 0.778  | .978 |
| Mixto         | 34 | 0.699 | 0.547 | 0.852 | 58.317 | .004 |

$$Q_B(1) = 0.339, p = .561; \omega^2 = 0.0$$

$$Q_W(38) = 59.094, p = .016$$

<sup>a</sup> PTSD: Trastorno por estrés postraumático.

De todas las variables de sujeto analizadas las dos únicas que presentaron una asociación estadísticamente significativa con los tamaños del efecto fue el sexo mayoritario en la muestra (ver Tabla 14). En efecto, el sexo de los menores alcanzó una relación significativa con el tamaño del efecto, aunque con un porcentaje de varianza explicada de tan sólo el 4.9% [ $Q_B(2) = 6.177, p = .046; \omega^2 = 0.049$ ]. Según estos resultados, los tratamientos se muestran más efectivos con niñas que con niños, ya que el efecto medio obtenido con las muestras de menores formadas sólo por niñas fue  $d = 0.995$ , mientras que con las muestras sólo de niños fue  $d = 0.571$ , situándose en un punto intermedio el efecto medio con las muestras mixtas ( $d = 0.618$ ). Este resultado, sin embargo, no quedó replicado al analizar esta variable mediante el porcentaje de varones en la muestra aplicando un análisis de regresión [ $B_j = -0.003, Z = -0.900, p = .368, R^2 = 0.013$ ] (ver Tabla 13). El resto de variables moderadoras cualitativas presentadas en las Tablas 13 y 14 no exhibieron relación alguna con los tamaños del efecto.

### 3.6 Variables metodológicas

La Tabla 15 presenta los resultados de los ANOVAs aplicados a diferentes variables metodológicas cualitativas, mientras que la Tabla 13 presenta los análisis de regresión efectuados sobre dos variables metodológicas continuas: la calidad metodológica del estudio (medida con una escala elaborada ad hoc) y la mortalidad en el postest.

**Tabla 15. ANOVAs de las variables metodológicas sobre las medidas globales de resultado**

| I. C. al 95%                    |          |                       |                       |                       |                       |          |
|---------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| Variable moderadora             | <i>k</i> | <i>d</i> <sub>+</sub> | <i>d</i> <sub>i</sub> | <i>d</i> <sub>s</sub> | <i>Q</i> <sub>w</sub> | <i>p</i> |
| <u>Asignación a los grupos:</u> |          |                       |                       |                       |                       |          |
| No aleatoria                    | 21       | 0.718                 | 0.495                 | 0.942                 | 20.263                | .442     |
| Aleatoria                       | 23       | 0.788                 | 0.591                 | 0.984                 | 43.050                | .005     |

|                                              |    |       |       |       |        |        |
|----------------------------------------------|----|-------|-------|-------|--------|--------|
| $Q_b(1) = 0.207, p = .649; \omega^2 = 0.0$   |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(42) = 63.314, p = .018$                 |    |       |       |       |        |        |
| <u>Reclutamiento de sujetos:</u>             |    |       |       |       |        |        |
| A instancias investigador                    | 13 | 0.799 | 0.476 | 1.122 | 7.265  | .840   |
| Agencia de S. Sociales                       | 7  | 0.786 | 0.419 | 1.153 | 3.041  | .804   |
| Mixto                                        | 17 | 0.833 | 0.601 | 1.064 | 44.749 | < .001 |
| $Q_b(2) = 0.056, p = .972; \omega^2 = 0.0$   |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(34) = 55.055, p = .013$                 |    |       |       |       |        |        |
| <u>Enmascaram. evaluadores:</u>              |    |       |       |       |        |        |
| No                                           | 32 | 0.836 | 0.660 | 1.013 | 56.894 | .003   |
| Sí                                           | 12 | 0.580 | 0.321 | 0.839 | 5.199  | .921   |
| $Q_b(1) = 2.580, p = .108; \omega^2 = 0.017$ |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(42) = 62.092, p = .023$                 |    |       |       |       |        |        |
| <u>Análisis por intenc. tratar:</u>          |    |       |       |       |        |        |
| No                                           | 30 | 0.801 | 0.617 | 0.985 | 48.546 | .013   |
| Sí                                           | 14 | 0.679 | 0.434 | 0.925 | 14.583 | .334   |
| $Q_b(1) = 0.607, p = .436; \omega^2 = 0.0$   |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(42) = 63.128, p = .019$                 |    |       |       |       |        |        |

|                                              |    |       |       |       |        |        |
|----------------------------------------------|----|-------|-------|-------|--------|--------|
| <u>Análisis de los abandonos:</u>            |    |       |       |       |        |        |
| No                                           | 17 | 0.783 | 0.509 | 1.056 | 14.070 | .593   |
| Sí                                           | 27 | 0.745 | 0.572 | 0.919 | 50.037 | .003   |
| $Q_b(1) = 0.051, p = .821; \omega^2 = 0.0$   |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(42) = 64.107, p = .016$                 |    |       |       |       |        |        |
| <u>N en el posttest:</u>                     |    |       |       |       |        |        |
| N < 20                                       | 23 | 0.810 | 0.564 | 1.056 | 21.718 | .477   |
| 20 < N < 40                                  | 16 | 0.796 | 0.572 | 1.020 | 37.676 | .001   |
| N > 40                                       | 5  | 0.567 | 0.206 | 0.928 | 1.099  | .894   |
| $Q_b(2) = 1.351, p = .509; \omega^2 = 0.0$   |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(41) = 60.493, p = .025$                 |    |       |       |       |        |        |
| <u>¿Varios terapeutas?:</u>                  |    |       |       |       |        |        |
| No, uno solo                                 | 7  | 0.490 | 0.032 | 0.949 | 1.533  | .957   |
| Sí, sin cruzar tratam.                       | 22 | 1.005 | .791  | 1.220 | 49.242 | < .001 |
| Sí y cruzando tratam.                        | 15 | 0.559 | 0.346 | 0.773 | 5.314  | .981   |
| $Q_b(2) = 9.717, p = .008; \omega^2 = 0.104$ |    |       |       |       |        |        |
| $Q_w(41) = 56.089, p = .058$                 |    |       |       |       |        |        |

Un resultado especialmente relevante es la ausencia de diferencias entre los efectos medios de los grupos en los que los sujetos se asignaron o no aleatoriamente. El uso de evaluadores enmascarados no afectó tampoco a los resultados de los tratamientos, si bien los grupos que no los utilizaron obtuvieron

un efecto medio superior ( $d = 0.836$ ) al de los que sí los utilizaron ( $d = 0.580$ ). El uso de análisis por intención de tratar no afectó a los tamaños del efecto, pero los grupos que no hicieron estos análisis obtuvieron un efecto medio superior ( $d = 0.801$ ) al de los que sí los hicieron ( $d = 0.679$ ). El tamaño muestral tampoco afectó a los resultados, pero se observa una disminución de los tamaños del efecto conforme éste aumenta (véanse en la Tabla 15 los efectos medios  $d = 0.810$ ,  $0.796$  y  $0.567$  para  $N < 20$ ,  $20 < N < 40$  y  $N > 40$ , respectivamente). La única variable metodológica que afectó significativamente a los tamaños del efecto fue el uso de uno o varios terapeutas [ $Q_B(2) = 9.717$ ,  $p = .008$ ;  $\omega^2 = 0.104$ ], con el efecto medio más alto cuando se utilizaron varios terapeutas sin que éstos se cruzaran entre los tratamientos ( $d = 1.005$ ).

#### 4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación era, por una parte, comprobar si el tratamiento psicológico de menores que han sufrido abuso sexual es efectivo y, por otra, analizar la eficacia diferencial de los diferentes tratamientos psicológicos que hasta la fecha se han aplicado, así como explorar otras variables moderadoras de tal eficacia. Para alcanzar nuestro propósito realizamos un meta-análisis de todos aquellos estudios que hubieran aplicado intervenciones de este tipo sobre menores con abuso sexual. Nuestro proceso de búsqueda de estudios nos permitió seleccionar 33 estudios que dieron lugar a 51 grupos de menores sobre cada uno de los cuales definimos como tamaño del efecto la diferencia estandarizada entre las medias del pretest y el posttest. Presentamos a continuación nuestras principales conclusiones y las coincidencias y discrepancias de nuestros resultados con las revisiones previas sobre este tema.

Globalmente, el tamaño del efecto medio obtenido para todos los grupos de tratamiento y promediando todas las medidas de resultado fue  $d = 0.754$ , estadísticamente significativo, de magnitud alta y clínicamente relevante. Por tanto, nuestro primer resultado es afirmar que el tratamiento psicológico del abuso sexual infantil es efectivo. Nuestra estimación global de la eficacia es muy similar al efecto medio ( $d = 0.79$ ) obtenido en el meta-análisis de Reeker *et al.* (1997) y al de Hetzel-Riggin *et al.* (2007;  $d = 0.74$ ). Incluso es también muy similar al obtenido por Skowron y Reinemann (2005) con el subconjunto de estudios sobre abuso sexual, a pesar de haber utilizado un índice del tamaño del efecto diferente,  $d = 0.69$ .

En segundo lugar, la eficacia de los tratamientos se hizo manifiesta en las diversas medidas de resultado utilizadas en los estudios. Si bien en todas ellas se

obtuvo un efecto medio estadísticamente significativo y con relevancia clínica, los tratamientos fueron más efectivos para unas medidas que para otras. Ordenadas en orden de mayor a menor eficacia, las medidas más efectivas se obtuvieron en la categoría 'otras medidas de resultado' ( $d = 0.886$ ), seguida de una reducción de los problemas de conducta ( $d = 0.782$ ), un incremento de la autoestima ( $d = 0.649$ ), una mejora de los síntomas de abuso sexual ( $d = 0.609$ ), una reducción de la ansiedad ( $d = 0.529$ ) y una reducción de la depresión ( $d = 0.419$ ). Esta ordenación no coincide con la aportada por Reeker *et al.* (1997), ya que éstos encontraron que las medidas externalizantes eran las que menos mejoraban, mientras que nosotros hemos encontrado que los problemas de conducta son unas de las medidas que mejores resultados obtienen. Este resultado sí coincide con el meta-análisis de Hetzel-Riggin *et al.* (2007), ya que ellos obtuvieron los mejores resultados con los problemas de conducta.

En tercer lugar, observamos una clara diferencia en las estimaciones del efecto obtenidas por las evaluaciones de los clínicos en comparación con las de los padres y los autoinformes de los menores. De forma sistemática para todas las medidas de resultado, las valoraciones de los clínicos sobre las mejoras exhibidas por los menores fueron muy superiores a las realizadas por los propios menores o por sus padres o tutores. Este resultado coincide con el obtenido por Reeker *et al.* (1997).

En cuarto lugar, los diferentes tratamientos aplicados explican buena parte de la variabilidad de los resultados obtenidos en las medidas de abuso sexual, en las medidas sobre problemas de conducta y ajuste general y en el cómputo global de todas las medidas evaluadas. Comenzando por estas últimas, podemos decir que los tratamientos que exhiben los resultados de eficacia más sólidos son los basados en el enfoque psicodinámico, la terapia de apoyo, los tratamientos cognitivo-conductuales y la combinación de estos dos últimos entre sí, o bien con terapia de juego. Respecto de los tratamientos psicodinámicos cabe precisar que, aunque obtuvieron los efectos más altos, sus resultados son muy heterogéneos, algunos de ellos se combinaron con componentes de educación y están representados en el meta-análisis con un número muy reducido de estudios (sólo cuatro grupos aplicaron tratamientos exclusivamente psicodinámicos). Además, resulta paradójico que, a pesar de ser los tratamientos con los mayores tamaños del efecto, se trata de estudios muy antiguos que datan de la década de 1980. No disponemos de estudios recientes que hayan aplicado tratamientos psicodinámicos sin ser combinados con otros enfoques. Por el contrario, los tratamientos cognitivo-conductuales son los más estudiados y, en consecuencia, sus efectos beneficiosos son los que más apoyo empírico han recibido.

Si mantenemos al margen los resultados obtenidos con el enfoque psicodinámico (por los problemas anteriormente señalados), nuestra conclusión de que las terapias de apoyo y cognitivo-conductual son las que reciben mayor apoyo empírico coincide con las de Kolko (1987) y Saywitz *et al.* (2000), respectivamente. Nuestros resultados en esta cuestión coinciden sólo parcialmente con los del Hetzel-Riggin *et al.* (2007). Si bien coincidimos en cuanto a los buenos resultados alcanzados por los tratamientos cognitivo-conductuales y la terapia de apoyo, discrepamos en cuanto a los fuertes efectos de la terapia de juego mostrados por Hetzel-Riggin *et al.* (2007), ya que nuestra evidencia es contraria a plantear la terapia de juego como uno de los tratamientos más destacados.

En las medidas propias de abuso sexual, los tratamientos más efectivos fueron los basados en el enfoque psicodinámico, seguidos por la terapia de juego y el enfoque cognitivo-conductual, estos dos últimos solos o combinados con terapia de apoyo. En las medidas sobre problemas de conducta y ajuste general destacan los tratamientos basados en el enfoque psicodinámico seguidos de la terapia de apoyo y del tratamiento cognitivo-conductual, estos dos últimos solos o combinados entre sí. Con las demás medidas de resultado no se obtuvieron claras diferencias entre los tratamientos aplicados.

En quinto lugar, nuestros resultados confirman que la duración del tratamiento, y sobre todo el número de sesiones, están positivamente relacionados con la eficacia. Este resultado coincide con el encontrado por Hetzel-Riggin *et al.* (2007). Otras variables de tratamiento, como la intensidad del tratamiento, el foco de la intervención, la homogeneidad del tratamiento, el uso de manuales, el modo de la intervención o las características de los terapeutas, no afectan a los resultados de eficacia.

En sexto lugar, de las diferentes características de los menores analizadas hemos encontrado que los tratamientos son más efectivos con menores de sexo femenino que masculino. Aquí encontramos discrepancias con Hetzel-Riggin *et al.* (2007), ya que ellos no encontraron efecto del sexo. El mayor efecto encontrado por nosotros con niñas que con niños coincide con los resultados obtenidos por Reeker *et al.* (1997). Otras características de los menores, como la edad, la relación con el agresor, el tipo de contacto sexual sufrido o la presencia de un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, no parecen afectar a los resultados de eficacia de los tratamientos.

Por último, no hemos encontrado evidencias claras de que aspectos

metodológicos del diseño de los estudios afecten a los tamaños del efecto obtenidos con los grupos tratados, al menos en lo que respecta a la significación estadística. Estos resultados coinciden con los de Hetzel-Riggin *et al.* (2007). No obstante, conviene apuntar que los tamaños del efecto tienden a ser ligeramente más bajos cuando se utilizan evaluadores enmascarados, cuando se hacen análisis por intención de tratar y cuanto mayor es el tamaño de la muestra.

#### 4.1 Implicaciones para la práctica clínica

De los resultados de este meta-análisis se desprende la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de los problemas presentados por niños que han sufrido abuso sexual. Estas mejoras no sólo se producen en conductas internalizantes (depresión, ansiedad, etc.), sino también en problemas relacionados con el ajuste social y problemas de comportamiento. La no intervención no produce mejora o remisión espontánea de los síntomas sufridos por las víctimas, por lo que la intervención es la primera opción. No obstante, en aquellos casos en los que tras la evaluación el niño no presenta síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, etc.) ni un grado de inadaptación importante, debiera potenciarse el apoyo familiar y las relaciones sociales como factor de protección al niño. El terapeuta tendría que orientar y apoyar a la familia y evaluar periódicamente el desarrollo psicológico del menor, ya que podemos encontrarnos con casos en los que los efectos aparezcan de modo tardío. Convendría, por tanto, al realizar la evaluación, analizar los factores de vulnerabilidad y de protección en el desarrollo de las consecuencias psicopatológicas.

Profundizando en la evaluación, es preciso que los profesionales realicen una evaluación exhaustiva, utilizando instrumentos validados sobre los diferentes problemas más comunes en los/as niños/as que han sido abusados sexualmente (depresión, ansiedad, autoestima, estrés postraumático, ajuste en general, problemas de conducta, etc.), al igual que se deben implicar en la evaluación diferentes fuentes (víctima, padres, profesionales) ya que, como hemos comprobado en este meta-análisis, pueden sobreestimarse o infraestimarse los efectos de las intervenciones atendiendo al agente informante. En niños pequeños que pueden mostrar mayor confusión y expresan los recuerdos del acontecimiento más en sus conductas que en sus palabras, la utilización de situaciones de juego estandarizadas sería una opción a tener en cuenta por el profesional.

Los programas de tratamiento deben estar preparados para el grupo de edad a los que van dirigidos. Las intervenciones deben, en la medida de lo posible,

tener apoyo teórico, empírico y clínico para ser apoyadas y recomendada su utilización. El programa CBT específico de abuso es considerado como el único programa que cumple los criterios para considerarse con apoyo empírico, por lo que debiera ser uno de los protocolos más utilizados por los profesionales, ya que es el que ofrece las mayores garantías para tratar con éxito el problema del abuso sexual infantil y adolescente. Este programa ya está protocolizado y es considerado en las guías de tratamiento para el abuso sexual como muy bien establecido y eficaz (Saunders *et al.*, 2004). Ha sido utilizado en grupo, en familia e individualmente en distintos contextos (en clínicas, en agencias comunitarias y en la escuela). Este paquete debe ser individualizado en la práctica clínica y llevar a cabo la intervención atendiendo a los resultados obtenidos tras la evaluación de la víctima.

Finalmente, consideramos que el uso de manuales o protocolos de tratamiento presentan ventajas que debieran ser tenidas en cuenta por los clínicos a la hora de llevar a cabo la intervención con los sujetos (sistematización, claridad y concreción para su aplicación, facilitación de su replicación, etc.). Por ello, las investigaciones deberían de estar descritas de forma operativa y remitir al lector a una dirección en la que se pudiera acceder a ellos, a fin de hacer posible la réplica de la investigación.

## BIBLIOGRAFIA

(Las referencias precedidas por un asterisco fueron incluidas en el meta-análisis.)

**\*Ashby, M., Gilchrist, L., & Miramontez, A. (1987).** *Group treatment for sexually abused American Indian adolescents.* Social Work with Groups, 10, 21-32.

**\*Bagley, C., & LaChance, M. (2000).** *Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse.* Child and Family Social Work, 5, 205-213.

**\*Berliner, L., & Saunders, B. E. (1996).** *Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study.* Child Maltreatment, 1, 294-309.

**Boltom, M. R., Morris, L. A., & MacEachron, A. E. (1989).** *Males at risk: The order side of child sexual abuse.* Londres: Sage Publications.

**Bonner, B.L. (2008).** *Prevención y Tratamiento.* En J. Sanmartín (Coord.), *Violencia contra niños.* Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona: Ariel.

**Botella, J. y Gambara, H. (2002).** *¿Qué es el meta-análisis?* Madrid : Biblioteca Nueva.

**Briere, J. (1984).** *The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse syndrome.* Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.

**Brunk, M. A., Henggeler, S. W., & Whelan, J.P. (1987).** *Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 171-178.

**\*Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996).** *Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study.* Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 1-17.

**\*Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004).** *A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 393-402.

**\*Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996).** *A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 42-50.

**\*Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997).**<sup>6</sup> *A treatment study for sexually*

6 Este artículo aportó los datos de seguimiento del de Cohen y Mannarino (1996).

*abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1228-1235.

\*Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998).<sup>7</sup> *Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings.* Child Maltreatment, 3, 17-26.

\*Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). *Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial.* Child Abuse and Neglect, 29, 135-145.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. y Van der Kolk, B. (2005). *Complex trauma in children and adolescents.* Psychiatric Annals, 35, 5-5.

Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, J. (2007). *Traumatic events and posttraumatic stress in childhood.* Archives of General Psychiatry, 64, 577-584.

\*Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). *Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings.* Child Maltreatment, 1, 310-321.

\*Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). *A follow-up study of a multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 1474-1484.<sup>8</sup>

\*Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D. (1990). *Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 747-752.

\*Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. A., (2001). *Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers.* Child Maltreatment, 6, 332-343.

\*Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999).<sup>9</sup> *Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms.* Child Abuse and Neglect, 23, 1371-1378.

DeJong, T. L., & Gorey, K. M. (1996). *Short-term versus long-term group work with female survivors of childhood sexual abuse: A brief meta-analytic review.* Social Work with Groups, 19, 19-27.

\*De Luca, R. V., Boyes, D. A., Grayston, A. D., & Romano, E. (1995).

*Sexual abuse: Effects of group therapy on pre-adolescent girls.* Child Abuse Review, 4, 263-277.

\*De Luca, R., V., Hazen, A., & Cutler, J. (1993). *Evaluation of a group counseling program for preadolescent female victims of incest.* Elementary School Guidance and Counseling, 28, 104-114.

Eccheburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores.* Barcelona: Ariel.

Eccheburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2008). *Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos.* En J. Sanmartín (Coord.), *Violencia contra niños.* Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona: Ariel.

Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). *Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1408-1423.

Finkelhor D., & Browne, W. (1985). *Sexually victimized children.* Nueva York: Free Press.

Finkelhor, D., & Browne, L. (1986). *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization.* Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development, 632-648.

Fisher, P. A., & Chamberlain, P. (2000). *Multidimensional treatment foster care: A program for intensive parenting, family support, and skill building.* Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8, 155-164.

\*Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). *Psychotherapy outcome of sexually abused boys: An agency study.* Journal of Interpersonal Violence, 7, 396-409.

Furniss, T. (1991). *The multi-professional handbook of child sexual abuse.* Londres: Routledge.

Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R., & Sherman, J. A. (2002). *Intervention in child neglect: An applied behavioral perspective.* Aggression and Violent Behavior, 7, 103-124.

Glodich, A., & Allen, J. G. (1998). *Adolescents exposed to violence and abuse: A review of the group therapy literature with an emphasis on preventing trauma reenactment.* Journal of Child and Adolescent Therapy, 8, 135-154.

\*Hack, T., Osachuk, T., & de Luca, R. (1994). *Group treatment for sexually abused preadolescent boys.* Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 4, 217-228.

\*Hall-Marley, S. E., & Damon, L. (1993). *Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse.* Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 3, 41-48.

Herman, J. L. (1992). *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma.* Journal of Traumatic Stress, 5, 377-391.

<sup>7</sup> Este artículo utilizó la misma muestra que el de Cohen, Mannarino y Knudsen (2005). Dado que el trabajo de Cohen et al. (2005) incluyó los datos de seguimiento y que aplicó análisis por intención de tratar, utilizamos sus datos en nuestro meta-análisis en lugar de los de este estudio.

<sup>8</sup> Este artículo aportó los datos de seguimiento del de Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004).

<sup>9</sup> Este artículo aportó los datos de seguimiento del de Deblinger, Lippmann y Steer (1996).

**Herman, J. L., Perry, J. C. y Van der Kolk, B. A. (1989).** *Childhood trauma in borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 146, 490-495.

**Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007).** *A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study*. Child Abuse and Neglect, 31, 125-141.

**\*Hiebert-Murphy, D., de Luca, R., & Runtz, M. (1992).** *Group treatment for sexually abused girls: Evaluating outcome*. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 73, 205-213.

**\*Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004).** *A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 358-368.

**Jones, D. P. (1995).** *Treatment in child sexual abuse*. Child Abuse and Neglect, 19, 1143-1144.

**King, N., Heyne, D., Tonge, B., Mullen, P., Myerson, N., Rolling, S., & Ollendick, T. (2003).** *Sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: Assessment and treatment strategies*. Cognitive Behaviour Therapy, 32, 2-12.

**King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., & Ollendick, T. H. (1999).** *Cognitive-behavioural treatment of sexually abused children: A review of research*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27, 295-309.

**\*King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T. H. (2000).** *Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1347-1355.

**Kolko, D. J. (1987).** *Treatment of child sexual abuse: Programs, progress, and prospects*. Journal of Family Violence, 2, 303-318.

**Kroll, J. (1993).** *PTSD/borderlines in therapy: finding the balance*. Nueva York: Norton.

**\*Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999).** *Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group*. Child Abuse and Neglect, 23, 477-485.

**\*Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995).** *Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study*. Child Abuse and Neglect, 19, 1145-1155.

**López, F. (1995).** *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.

**López-Soler, C. (2008).** *Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo*. Revista de Psicología Clínica y Psicopatología, 13, 137-160.

**López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. y Puerto, J. C. (2008).** *Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas*. Ciencias Psicológicas, II, 103-118.

**\*MacKay, B., Gold, M., & Gold, E. (1987).** *A pilot study in drama therapy with adolescent girls who have been sexually abused*. The Arts in Psychotherapy, 14, 77-84.

**\*McGain, B., & McKinzey, R. K. (1995).** *The efficacy of group treatment in sexually abused girls*. Child Abuse and Neglect, 19, 1157-1169.

**\*Nelki, J. S., & Watters, J. (1989).** *A group for sexually abused young children: Unraveling the web*. Child Abuse and Neglect, 13, 369-377.

**\*Nolan, M., Carr, A., Fitzpatrick, C., O'Flaherty, A., Keary, K., Turner, R., O'Shea, D., Smyth, P., & Tobin, G. (2002).** *A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: A treatment outcome study*. Child Abuse Review, 11, 103-123.

**\*Reeker, J., & Ensing, D. (1998).** *An evaluation of a group treatment for sexually abused young children*. Journal of Child Sexual Abuse, 7, 65-85.

**Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997).** *A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children*. Child Abuse and Neglect, 21, 669-680.

**\*Rust, J. O., & Troupe, P. A. (1991).** *Relationships of treatment of child sexual abuse with school achievement and self-concept*. Journal of Early Adolescence, 11, 420-429.

**Sánchez-Meca, J. (2008).** *Meta-análisis de la investigación*. En M.A. Verdugo et al. (Coords.), Metodología en la investigación sobre discapacidad (pp. 121-139). Salamanca: INICO.

**Sánchez-Meca, J. & Ato, M. (1989).** *Meta-análisis: una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación*. En J. Arnau & H. Carpintero (Eds.), Tratado de psicología general (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.

**Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.). (2004).** *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.

**Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000).** *Treatment for sexually abused children and adolescents*. American Psychologist, 55, 1040-1049.

**\*Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003).** *Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence*. International Journal of Play Therapy, 12, 7-30.

**Silovsky, J. F., & Hembree-Kigin, T. L. (1994).** *Family and group treatment for sexually abused children: A review.* Journal of Child Sexual Abuse, 3, 1–20.

**\*Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham, K., & Jones, M. (1995).** *Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting,* Journal of Interpersonal Violence, 10, 533–542.

**Skowron, E., & Reinemann, D. H. S. (2005).** *Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42, 52–71.

**\*Stauffer, L. B., & Deblinger, E. (1996).** *Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study.* Child Maltreatment, 1, 65–76.

**\*Sullivan, P. M., Scanlan, J. M., Brookhouser, P. E., Schulte, L. E., & Knutson, J. F. (1992).** *The effects of psychotherapy on behavior problems of sexually abused deaf children.* Child Abuse and Neglect, 16, 297–307.

**Thomlison, B. (2003).** *Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions.* Child Welfare, 82, 541–569.

**\*Thun, D., Sims, P. L., Adams, M. A., & Webb, T. (2002).** *Effects of Group Therapy on Female Adolescent Survivors of Sexual Abuse: A Pilot Study.* Journal of Child Sexual Abuse, 11, 1–16.

**\*Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glasser, D., & Leitch, I. (2002).** *Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change.* British Journal of Psychiatry, 180, 234–247.

**Van der Kolk, B. A., Perry, J. C. y Herman, J. L. (1991).** *Childhood origins of self-destructive behaviour.* American Journal of Psychiatry, 148, 1665–1671.

**Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005).** *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma.* Journal of Traumatic Stress, 18, 389–399.

**\*Verleur, D., Hughes, R. E., & de Rios, M. D. (1986).** *Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims: A controlled comparison.* Adolescence, 21, 843–854.

**Wolfe, D. A., & Wekerle, C. (1993).** *Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report.* Clinical Psychology Review, 13, 473–500.

## LESIONES MAS IMPORTANTES QUE TIENEN LOS NIÑOS MALTRATADOS Y SUS CAUSAS

*Dr. José Antonio Sánchez Sánchez<sup>1</sup>*

### 1. INTRODUCCIÓN

El maltrato a los niños no es problema nuevo, sino al contrario universal, sin que tenga límites culturales, sociales, geográficos o ideológicos. Ha existido siempre y no ha sido considerado como tal hasta tiempo reciente. Los tipos de maltrato que se han documentado en las publicaciones al respecto, abarcan todo tipo de acciones, a veces inimaginables que se han llevado a cabo en el niño ante la indefensión de este.

En este trabajo realizamos una revisión conceptual de este problema y vamos a tratar de exponer cuales son las lesiones que padecen estos niños, sus causas y cuando estas lesiones por las características que presentan nos pueden hacer sospechar la existencia de maltrato.

#### 1.1. *Concepto*

Las definiciones son variables así como la forma de referirse a este síndrome, Saukko y Knight (2004) lo refieren como “síndrome de abuso en niños”, “síndrome del niño maltratado” o “lesiones no accidentales en niños” e indica que existe cuando un niño sufre lesiones físicas repetidas inflingidas por los padres o parientes que excluyen el accidente. El síndrome incluiría también alteraciones psicológicas y abuso sexual.

Según la OMS puede definirse como *“toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”*

En Francia se conoce este cuadro con los nombres de “Síndrome de Tardieu Silverman” o “síndrome de l’enfant battu”, y en la literatura

---

<sup>1</sup> Director de la Escuela de Medicina Legal. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. [jsanchez@med.ucm.es](mailto:jsanchez@med.ucm.es)

anglosajona utilizan los términos “Battered child síndrome”, “Caffey’s Syndrome”, “Kempe Syndrome” y “Cinderella’s syndrome”.

Junto a este concepto clásico, en la actualidad señala Lachica (2010), habría que incluir otras formas de malos tratos que se podrían encuadrar bajo el título de “crueldad en la infancia” y que incluirían la explotación del menor, el ensañamiento terapéutico, los niños víctimas de acciones terroristas, las agresiones a los niños por motivaciones políticas, niños-soldado, etc.

Por su parte Pérez (1997), señala como maltrato “cualquier acción u omisión, no accidental, que repercute en la satisfacción de las necesidades básicas del niño. Este es un concepto más amplio que resulta de la combinación de factores familiares, individuales y sociales y que puede variar según criterios y valores socioculturales. Para esta autora se incluiría dentro de este síndrome: maltrato físico, abuso sexual, maltrato emocional, negligencia y otros como el síndrome del niño sacudido, intoxicaciones no accidentales y el síndrome de Munchausen por poderes.

## 1.2. Historia

La mayoría de los autores coinciden en señalar, que aunque si bien en la historia han existido los malos tratos al niño de formas diferentes dependiendo de cada cultura, la toma de conciencia acerca de su existencia en nuestra cultura es a partir de la obra de Augusto Ambrosio Tardieu, catedrático de Medicina Legal de París el que lo describe por primera vez, basándose en los hallazgos de las autopsias de 32 niños golpeados o quemados hasta producirles la muerte.

Según DiMaio (2001) mucho tiempo después de la obra de Tardieu, Jhon Caffey (1946) radiólogo en Pittsburg escribió un artículo titulado “fracturas múltiples en huesos largos de niños que sufren de hematoma crónico subdural”. El Dr. Caffey describía con detalle la historia de seis niños con una edad de entre 2 semanas y 12 meses con hematomas subdurales crónicos y un total entre ellos de 23 fracturas de huesos largos. Caffey, sin embargo no se dio cuenta de la naturaleza de los casos, no comprendió la etiología de este trauma, incluso después de haber eliminado todas las posibles causas de enfermedad. En 1953, Frederic Silverman publica sus primeras observaciones que relacionan la asociación de hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en huesos largos y determino que en niños que presentan estas alteraciones,

se debe hacer una historia de los traumatismos incluso si la historia inicial, proporcionada por la familia, era negativa.

Kempe y colaboradores (1962) en su artículo “El síndrome del niño maltratado”, reconocen este síndrome detallando la etiología de las lesiones en niños y alertaran a los médicos de la obligación de reconocer esta repetición de lesiones que no tenían una explicación coherente.

## 2. TIPO DE LESIONES MAS IMPORTANTES QUE PUEDEN APARECER EN EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SNM)

### 2.1. Lesiones cerebrales

La causa más frecuente de muerte en SNM son las lesiones en la cabeza con daño intracraneal así como discapacidades por alteración neuronal. La lesión clásica de la cabeza es la hemorragia subdural, que como comentábamos en el apartado de historia fue la primera lesión que se puso en correspondencia con el SNM. Esta lesión puede o no estar asociada a fracturas craneales. Puede existir evidencia de hematomas subdurales actuales y antiguos la no existencia de lesiones externas en la cabeza no descarta las lesiones. (DiMaio, 2001). La forma de producción de esta lesión puede ser por lesión directa (golpe o impacto) o por aceleración-desaceleración). Este ultimo mecanismo se produce dentro del síndrome del niño zarandeado o síndrome del niño agitado y son niños de corta edad, sobre todo los menores de 15 meses en que la desproporción entre el gran tamaño de la cabeza y la débil musculatura del cuello lo hacen especialmente susceptible a lesiones de latigazo que se producen al ser zarandeado, provocando el hematoma subdural y hemorragias subaracnoideas.

### 2.2. Lesiones en el esqueleto.

El rango de lesiones óseas en el niño es muy amplio, existiendo numerosas publicaciones al respecto: Cameron y Rae (1975); Evans y Knight (1981); Worlock y cols (1986).

- Fracturas en cráneo. Presentan como características en estos niños:

1) Constituyen la principal causa de muerte en el SNM (sobretudo en niños menores de 2 años), ya que suelen ir unidas a lesiones cerebrales.

2) Menos de la mitad de los niños con hematoma subdural tienen fractura craneal.

3) La fractura más común se sitúa en la zona occipito-parietal.

- Fracturas de las extremidades. Proporcionan unos de los signos más característicos de abuso en niños. Estas lesiones son comunes alrededor de las metáfisis y epífisis y de los huesos en crecimiento así como las lesiones en el periostio. Muchas de las lesiones son indirectas, es decir, causadas por una angulación anormal, torsión o tracción.

- Lesiones en tórax. Las fracturas costales accidentales son muy raras en la infancia. En los niños maltratados las fracturas costales son frecuentes. La característica más frecuente es la presencia de fracturas siguiendo las líneas paravertebrales. Las fracturas a un centímetro aproximadamente de la costilla, se debe a que la costilla hace palanca con la apófisis transversa hasta romperse.

### 2.3. Lesiones en la piel

Las lesiones que más frecuentemente se encuentran en la piel en el niño maltratado son los hematomas. Los lugares donde se producen con más frecuencia son:

- Alrededor de las extremidades, especialmente muñecas, parte superior de los brazos, muslos y en niños pequeños en los tobillos.

- En nalgas son frecuentes los hematomas por golpes con la mano o con correas.

- En la cara existen frecuentemente hematomas especialmente en mejillas en la boca y en los ojos. Las lesiones asociadas en boca y ojos suelen ser frecuentes.

- En el cuero cabelludo pueden existir pero son más difíciles de visualizar, debido a estar cubiertas por el pelo, pero a menudo son las más graves.

- En tórax, abdomen y cuello. Se producen normalmente por presiones de los dedos, más que por golpes. Los hematomas en abdomen y parte inferior pectoral suelen estar asociadas con lesiones viscerales profundas. Los hematomas pueden ser de cualquier tamaño o tipo, normalmente de 1-2 cm. Su causa generalmente es el impacto o presión de los dedos de adultos y pueden verse agrupados alrededor de las extremidades, en el cuello, en el pecho, y abdomen. Los hematomas por bofetadas o puñetazos suelen ser de mayor tamaño e irregulares

-

- El tiempo de evolución de los hematomas es importante porque:
- La data puede variar con la que dan los padres.
- Los hematomas de diferente data indican episodios de lesiones en tiempo diferente, uno de los signos clásicos del SNM.

Aunque es imposible conocer exactamente cuánto tiempo ha transcurrido desde que se formó el hematoma, si que podemos estar seguros que los que tienen diferente color se han producido en diferente tiempo.

Gisbert Calabuig (2004), expone una cronología aproximada, que puede servir de orientación acerca del tiempo de evolución de los hematomas.

1. Rojo oscuro o bronceo. Equímosis recientes de pocos momentos u horas.
2. Negruzco. De 2 a 3 días (TOURDES)
3. Azul. De 3 a 6 días (TOURDES); de 5 a 6 días (ASCARELLI); de 2 a 3 días (DEVERGIE).
4. Verdosos. De 12 a 17 días (TOURDES); de 7 a 12 días (ASCARELLI); de 5 a 7 días (DEVERGIE).
5. Amarillo. Mas de 17 días (TOURDES); de 15 a 20 días (ASCARELLI); de 7 a 8 días (DEVERGIE).

Como podemos observar existen diferencias entre los diversos autores y los tiempos que estiman para el cambio de color en los hematomas, podemos sin embargo utilizarlo de forma orientativa.

### 2.4. Lesiones en ojos, oídos y boca

Se pueden observar hematomas en ojos y hemorragias de la esclera y conjuntiva ocular. La violencia directa y el zarandeo del niño pueden causar: hemorragia en el humor vítreo, dislocación del cristalino y hemorragias retinianas.

Estas lesiones oftalmológicas se pueden separar en dos grupos:

1) Lesiones directas. Son lesiones traumáticas que pueden aparecer también por otro motivo y no estar ligadas al SNM. Los principales riesgos que pueden acarrear al niño además de la ceguera son:

- Heridas y edema de los párpados
- Hemorragias y heridas de la conjuntiva

- Lesiones en segmento anterior: heridas de la cornea, cataratas, hipema, iritis.
- Lesiones del segmento posterior: desgarros retinianos, hemorragias retinianas, hemorragias del vítreo, desgarros de coroides, edema de papila, etc.

2) Lesiones coriorretinianas. Se localizan en la zona temporal superior, y siempre que se evidencie su existencia debemos pensar en la posibilidad de encontrarnos ante un SNM.

Las lesiones en los pabellones auriculares se pueden observar con frecuencia y pueden ir unidas a alteraciones de la audición. En la autopsia pueden encontrarse hemorragias dentro del peñasco del temporal.

Las lesiones en labios y boca son tan comunes que se utilizan como primer signo diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado. Las lesiones en los labios pueden consistir en hematomas e incluso laceraciones. Los dientes cuando están presentes también pueden verse afectados.

### 2.5. Lesiones viscerales

Según la mayoría de los autores, entre ellos Buchino (1983) y Saukko y Knight (2004) son la segunda causa de muerte por malos en niños, tras las lesiones en la cabeza.

El corazón y los pulmones se lesionan raramente. El hígado presenta lesiones con frecuencia, siendo la más común una rotura o desgarro de los lóbulos hepáticos. Un hemoperitoneo puede ser a veces la causa de la muerte.

El intestino delgado es el otro órgano también más comúnmente afectado, siendo el duodeno y yeyuno los que más veces se lesionan.

La ruptura del estómago puede producirse también, pero hay que tener en cuenta causas no traumáticas, como la resucitación cardiopulmonar.

El mecanismo de estas lesiones suele ser directo por golpes efectuados sobre la pared anterior del abdomen. La combinación anatómica en el niño de amplios márgenes costales y una delgada musculatura abdominal y un corto diámetro anteroposterior hacen que la energía del golpe pueda romper los

órganos por dos mecanismos, uno directo y otro por desgarro de los órganos en su punto de fijación por fuerzas de deslizamiento y cizallamiento.

Estas lesiones son atribuidas generalmente a “caídas accidentales” por los padres.

### 2.6. Marcas de mordedura

Constituyen otro de los signos bien conocido dentro de la clínica, pudiendo ser únicas o múltiples y en este último caso afectar un área particular o estar diseminadas. Se observan con frecuencia en abusos sexuales y maltrato. Pueden verse en cualquier parte del cuerpo: siendo los más frecuentes: brazos, dorso de las manos, cara, hombros, nalgas y abdomen.

Las marcas de mordedura se puede acompañar de una zona contusa con hematomas o abrasión o ambos. Pueden existir petequias que confluyen en el centro causadas por la succión. El tamaño y forma de la mordedura nos puede informar si ha sido producida por un adulto, otro niño o un animal. El estudio de las marcas de mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico-legal para la identificación del agresor. Sobre cómo se debe de realizar su estudio, existen numerosos trabajos entre otros el de Labajo y cols (2006) que exponen los métodos más adecuados para este estudio indicando la necesidad de registrarla lo antes posible para evitar las posibles distorsiones que puedan producirse. También es de gran interés la recogida de muestras de saliva de la mordedura para análisis de ADN, siendo para ello necesario no haber manipulado ni lavado la lesión.

### 2.7. Quemaduras

Es otro de los signos que pueden presentarse en estos niños y podemos ver desde escaldaduras por agua hirviendo, quemaduras secas o más frecuentemente lesiones eléctricas.

Según García-Piña (2008), las quemaduras accidentales en niños son las más frecuentes, pero un 10% de ellas se deben a maltrato. Para poder distinguir las quemaduras accidentales de aquellas ocasionadas intencionalmente deberemos observar:

- Accidentales: las quemaduras accidentales suelen ser unilaterales, se

acompañan de pequeñas lesiones por salpicadura, sus bordes son difusos e irregulares y por lo general se localizan en zonas descubiertas de la piel

- Intencionales: suelen ser simétricas, de bordes nítidos, bien definidos, no presentan salpicaduras satélites o son escasas, se localizan con mayor frecuencia en áreas cubiertas como los glúteos, respetan los pliegues inguinales y los huecos poplíteos. En las manos las lesiones adoptan la forma de guante y en los pies la forma de calcetín.

Las quemaduras secas se suelen producir de forma deliberada: los niños son forzados a sentarse en un hornillo eléctrico, marcados con objetos calientes, presionados contra un objeto caliente. También se pueden observar quemaduras de cigarrillos sobretudo en cuello, brazos y cabeza.

### 3. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

El radiólogo puede ser el primero en llamar la atención sobre el traumatismo preexistente en niños maltratados. (Spitz, 1993 )

El estudio inicial es un estudio óseo. Las vistas antero-posterior y lateral pueden darnos información. La torsión y tracción de las extremidades y sacudidas violentas en el niño causan lesiones esqueléticas en diferentes grados de evolución. La separación de las metafisis de los huesos largos, se observa con más frecuencia en niños menores de un año. La destrucción de la extremidad ósea evoluciona en unas dos semanas y si no se inmoviliza puede continuar.

Pueden darse diferentes tipos de lesiones en el hueso, como son las fracturas en tallo verde, las lesiones de las metafisis tales como fracturas astilladas que son probablemente las más típicas entre las manifestaciones esqueléticas del abuso en niños. Otro posible hallazgo radiográfico es la separación del periostio del hueso subyacente, pudiendo observarse en este caso hemorragias subperiosticas, que a partir de los 10-14 días de producida la hemorragia puede visualizarse radiográficamente. Con posterioridad de 4 a 6 semanas después de la lesión la calcificación subperiostica llega a ser solida y empieza a suavizarse y remodelarse. La hemorragia subperiostica es generalmente la consecuencia de torsiones o estiramientos de los tejidos blandos y se ve más comúnmente en brazos y muslos.

Las fracturas vertebrales por comprensión, fracturas de los procesos

espinales, de los huesos largos, especialmente si el niño tiene menos de tres años de edad y fracturas repetidas del mismo hueso son signos de abuso.

Las fracturas de cráneo o las separaciones suturales secundarias a hematoma subdural y tumefacción cerebral pueden resultar por abuso o accidente.

Sin embargo cuando van unidas a:

1. Otras lesiones esqueléticas
2. Fracturas en lugares no comunes
3. Lesiones viscerales, en duodeno, páncreas, bazo, se debe tener en cuenta el SNM.

Las lesiones esqueléticas vistas por radiólogos en caso de accidente son normalmente recientes o ya han sido atendidas con anterioridad.

Otras técnicas que pueden ser de ayuda pueden ser el uso de escáner, que pueden mostrar fracturas insospechadas en vísceras abdominales y evidencia de osteomielitis, como consecuencia de las lesiones de huesos y tejidos blandos. La ecografía puede ayudar para identificar hematomas duodenales, pseudoquistes pancreáticos o cuerpos extraños en la vagina. La Tomografía Computarizada puede detectar traumatismos intracraneales o abdominales. Las imágenes de resonancia magnética se han usado para detectar lesiones vasculares, de tejidos blandos, o de cerebro y espina medular.

Para Martin y cols (1997), la radiología diagnóstica tiene tres partes:

- 1) Reconocimiento de lesiones esqueléticas cuando no se ha sospechado la posibilidad de abuso infantil.
- 2) Apoyo para el diagnóstico de los casos sospechosos
- 3) Rechazo de diagnóstico cuando la interpretación excesivamente entusiasta de traumatismo accidental ha elevado la duda de abuso infantil.

### 4. SINDROME DEL NIÑO ZARANDEADO y SINDROME DE MUNCHAUSEN

Aunque se incluyen dentro del SNM, estos cuadros tienen unas características especiales, por lo que lo describimos en este apartado.

#### 4.1. Síndrome del niño zarandeado

También denominado “síndrome del niño sacudido” o en la literatura anglosajona “Shaken baby syndrome” es una forma de maltrato físico infantil que incluye la existencia de un traumatismo intracraneal que conlleva un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que conforman un síndrome bien definido. Normalmente, el daño cerebral que se produce conduce a un deterioro mental de intensidad variable, llegando en ocasiones a provocar lesiones y secuelas muy importantes en el sistema nervioso central (Rufo, 2006).

Se da en lactantes de menos de un año de edad, y se produce al sujetar al niño por el tórax y sacudirlo para que se calme o se calle. Se produce por un mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza.

Las lesiones que acompañan al niño agitado o zarandeado son: hematoma subdural, hemorragias retinianas bilaterales, tumefacción cerebral, hemorragias en párpados.

Cuando las hemorragias retinianas están presentes su presencia puede hacer sospechar la existencia de este síndrome.

El síndrome del niño zarandeado ha sido puesto en duda por algunos autores como Dolinak (2005), que señala que en muchos de los casos que se clasifican como síndrome del niño zarandeado, en realidad el niño ha sufrido un impacto que no ha dejado signos externos.

Las lesiones que podemos ver en este síndrome, además de las ya descritas son:

- Fracturas paravertebrales de las costillas
- Lesiones cervicales y medulares en los espacios C1-C4

Los síntomas clínicos que acompañan a este síndrome, serían:

- Crisis epilépticas, en un 40-70%
- Irritabilidad, falta de apetito, alteraciones del tono muscular.
- Vómitos, pérdida de conciencia, trastornos respiratorios

El diagnóstico nos lo plantearemos cuando veamos un niño lactante con un

hematoma subdural en ausencia de un traumatismo reconocido.

#### 4.2. Síndrome de Munchausen por poderes

Con el nombre de Síndrome de Munchausen se conoce aquellos enfermos que inventan historias y síntomas para que se realicen exámenes complementarios, exploraciones y tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios y peligrosos.

El síndrome de Munchausen por poderes es aquel en la que los padres inventan o provocan síntomas en los hijos que hacen que el médico someta al niño a investigaciones inútiles o que conllevan riesgo para la salud de los mismos.

Los niños suelen ser menores de 6 años y la sintomatología suele ser muy variada. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Hemorragia de diferentes orígenes
- Síntomas neurológicos
- Fiebre
- Síntomas digestivos, sobretodo vómitos
- Exantemas, lesiones dérmicas, hipoglucemias.

Los signos que deben hacer sospechar de él (Pérez, 1997) son:

- 1) Múltiples ingresos en diferentes hospitales
- 2) Recurrencia inexplicable de enfermedades
- 3) Síntomas de difícil encasillamiento en un cuadro clínico específico
- 4) Los signos y síntomas no se presentan cuando la madre está ausente.
- 5) Madre muy preocupada que rehúye dejar solo a su hijo
- 6) Madre con conocimientos de medicina o en relación con la profesión sanitaria.
- 7) Excesiva preocupación por la enfermedad de su hijo, quejas de que se está haciendo poco para diagnosticarla e intentos de establecer relaciones estrechas con los médicos y enfermeras.
- 8) Madre padecedora del Síndrome de Munchausen
- 9) No aceptación del engaño por parte del autor.

## 5. SOSPECHA DE MALTRATO

Para Spitz (1993) los hallazgos que nos pueden hacer sospechar de maltrato en un niño serían:

- 1) La historia clínica es inconsistente con los hallazgos clínicos. Además los padres o tutores se retrasan en la atención médica. El grado de las lesiones no está en relación con una caída de poca altura. Las actividades que se le imputan al niño no están en relación con la edad del niño o con los hallazgos en la escena.
- 2) Los niños maltratados suelen tener menos de tres años de edad, y la mayoría menos de un año.
- 3) La evidencia de lesiones repetitivas o acumulativas por examen físico de la piel, tejidos blandos o huesos. La piel y tejidos blandos pueden mostrar lesiones simétricas impresiones de instrumentos, quemaduras de cigarrillos o radiadores o inmersión en agua hirviendo. Las cicatrices antiguas y contusiones en nalgas y espalda, más que en espinillas y huesos prominentes, que son lugares de las lesiones accidentales en niños. Las lesiones en dedos, sobretodo en el pulgar y marcas de mordida también nos orientas sobre maltrato.
- 4) Un seguimiento radiográfico también puede mostrar lesiones antiguas y nuevas. Estas se caracterizan por lesiones metafisarias, fracturas costales, fracturas lineales ya cicatrizadas en cráneo, fracturas espirales de huesos largos, y hemorragias y calcificaciones subperiosticas. Las imágenes estudiadas pueden mostrar evidencia de hematomas o rupturas duodenales, pseudoquistes pancreáticos, hemorragias retinianas o ruptura del hígado o bazo.
- 5) Las lesiones del SNC tales como hematoma subdural crónico o agudo, hemorragia retiniana y contusión cerebral y coma que no coinciden con el tipo de lesión o caída atribuida por los padres.
- 6) Lesiones genitales o anales sugieren abuso sexual.
- 7) La evidencia de hambre, pérdida de peso, y crecimiento retardado sugieren una negligencia en el cuidado del niño.

- 8) Revisión de la data y reinvestigar las declaraciones y escena, si encontramos que existen hallazgos inconsistentes.

- 9) Realizar un informe completo

Cuando lo que ha existido es abuso sexual, Herrera-Basto (1999), de forma más explícita, señala que los indicadores que debemos tener en cuenta son:

- 1) Laceración o daño en el área genital de un niño o niña que no se explica claramente como accidental se debe sospechar de abuso sexual, al igual que cuando se presentan enfermedades de transmisión sexual en un niño o adolescente.
- 2) Las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis de la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado, dificultad para caminar, rastros de semen, y en etapas mas tardías, prurito e infecciones frecuentes, y masturbación.
- 3) Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente produce violencia física.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- **Buchino, J.J. (1983)** *Recognition and Management of child abuse by the surgical pathologist*. Arch. Pathol. Lab. Med. 107(4):204-205.
- **Caffey J.,** *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma*. Am J Roentgenol Radiat Ther 1946; 56:163-173.
- **Cameron, J.M., Rae, L.J. (1975).** *Atlas of the Battered child Syndrome*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- **DiMaio, V.J., DiMaio, D. (2001).** *Forensic Pathology. Practical aspects of Criminal and Forensic Investigations*. CRC, Press, Washington D.C.
- **Evans, K.T., Night, B. (1981).** *Forensic Radiology*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- **García-Piña, C.A., Loredó-Abdalá, A., Trejo-Hernández, J. (2008).** *Quemaduras intencionales en pediatría*. Un mecanismo poco considerado de maltrato físico. Acta Pediatr Mex, 29(1):9-15
- **Gisbert Calabuig, J. A. Villanueva, E. (2004):** *Medicina Legal y*

- Toxicología (6ª edición)*. Editorial Masson, Barcelona.
- **Herrera-Basto, E. (1999).** *Indicadores para la detección de maltrato en niños*. Salud Pública de México, 41:5: 420-425.
  - **Kempe, C.H., Silverman, F., Brandt, F. S., Droegemueller, W., Silver, H.K. The Labajo, E., Sánchez, J.A., Lafuente, L. (2006).** *Marcas de mordida: últimas técnicas de análisis*. Revista de la Escuela de Medicina Legal. 1: 47-53.
  - **Martin M., Lucas, M.E., Gómez, R., López, R., Ruiz de la Cuesta, J.M., Mauricio, J.A.(1997).** *Radiología ósea en el maltrato infantil*. Anales de la Escuela de Medicina Legal, 119-125.
  - **Pérez, M. T. (1997).** *El niño maltratado: perspectiva médica*. Cuadernos de Trabajo Social, 10: 145-156.
  - **Rufo, M. (2006).** *El síndrome del niño sacudido*. Cuadernos de Medicina Forense, 12: 43-44.
  - **Saukko, P., Knight, B. (2004).** *Knight's Forensic Pathology*. Oxford University Press..
  - **Silverman F,** *The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants*. Am J Roentgenol Radiat Ther 1953; 69:413-426.
  - **Spitz, W.U. (1993).** *Medicolegal Investigation of Death*. Charles C. Thomas, Springfield, USA.
  - **Worlock, p., Stower, M., Barbor, P. (1986).** *Patterns of fractures in accidental an non-accidental injury in children: a comparative study*. Br Med J (Clin Res Ed). 293: 100–102.

## LOS FACTORES DE RIESGO DEL MENOR INFRACTOR

*Juan Carlos Chacón Cánovas<sup>1</sup>*

***“Si los jóvenes hermosos, fuertes, llenos de vida, de ansias palpitantes, no fueran ignorantes y tímidos, la vida social sería imposible”. Honoré de Balzac (1799-1859),***

### 1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Resulta muy complicado abordar una problemática e intentar establecer causas que predigan el comportamiento de cualquier persona sin tener en cuenta múltiples perspectivas. Esto es obvio e incluso puede parecer pueril subrayarlo, pero quiero incidir que a la hora de referirnos al grupo de población tan complejo como el de los menores, debemos sopesar y matizar multitud de factores que no nos hagan caer en los tópicos fáciles y tan recurrentes que existen en la conciencia colectiva de nuestra sociedad. Voy a tratar de compilar lo que bajo mi punto de vista y basado en mi experiencia teórica y práctica me hace sugerir cuáles son y en qué medida afectan los distintos factores que predisponen e influyen para que un sujeto se encuentre abocado a la inadaptación social, que deriva en conductas que infringen las leyes establecidas en nuestra sociedad.

Haré pues una exposición clara y sencilla que aún sin ser nada novedosa pueda aportar una visión esclarecedora, con el objetivo de intentar crear una actitud reflexiva que nos permita seguir avanzando en este campo que no solo es legal, sino que más bien es, o debería ser planteado desde un punto de vista socioeducativo.

Es difícil, por motivos fácticos y jurídicos, la comprobación exacta de la criminalidad de la juventud: las medidas correccionales que se imponen no figuran en los antecedentes penales, no se toman en cuenta para la reincidencia, por eso quedan las infracciones de este grupo de edades substraídas en gran parte a la captación estadística. Tampoco la estadística de denuncias puede

---

<sup>1</sup> Juan Carlos Chacón Cánovas. Licenciado en Psicología. Licenciado en Criminología. Educador Social Habilitado. Educador Social. Funcionario del Ayuntamiento de Murcia.

prestarnos aquella ayuda que a primera vista pudiera ofrecernos, pues en muchas ocasiones los hechos son sustracciones y apropiaciones cometidas en el estrecho círculo de la comunidad doméstica y de la familia, que no denuncian; los hijos de padres en buena posición económica pueden contar con que las infracciones que cometan serán eliminadas de este mundo mediante el pago de una cantidad de dinero por los padres; algunas condiciones de vida son causa de desconocidas infracciones cometidas por menores, contribuyendo a la oscuridad (situaciones de marginalidad, hijos de grandes personajes, etc...). Por último, el grupo de intereses representado por la familia se interpone entre el delito y la intervención estatal y evita que los hechos lleguen a conocimiento de los órganos del Estado. En definitiva, a nadie se le escapa que existe una elevada cifra negra.

## 2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS TEÓRICOS

Antes de analizar en profundidad porqué un niño o niña acaba siendo actor de conductas inadaptadas, sería conveniente matizar algunos conceptos asociados a esta temática.

El concepto **“marginal”** se utiliza desde hace mucho tiempo para designar grupos de individuos que presentan como característica común el alejamiento de las estructuras sociales habituales o un confrontamiento con las mismas, viviendo al margen de la comunidad y siendo rechazados por ésta. Así pues, con la palabra marginal, se designa de un modo ambiguo a la persona que vive fuera de las estructuras sociales usuales de la comunidad, y cuya actitud va desde una inadaptación al medio ambiente hasta una forma de vida antisocial que puede llevarle al delito; indicaba que una persona o grupo se hallan fuera de la normalidad social. Recientemente, sin embargo, se han presentado notables dificultades para entender el término marginal de este modo absoluto, especialmente cuando nos encontramos con la aparición de otros colectivos, sin poder entrar plenamente en el concepto clásico de marginación, tampoco recibe las oportunidades adecuadas para su inserción social.

El motivo del cambio de ideología respecto al tema de la **“marginación”**, viene motivado por varias razones. En primer lugar, la concepción de la marginalidad como un concepto peyorativo, identificando con exagerada frecuencia al marginado, más que como un “fuera de la sociedad”, como un “fuera de la ley”. En segundo lugar, el concepto “marginado”, apunta a

una pasividad del sujeto o grupo para resolver su propio aislamiento, cuando en general, la voluntad del marginal no basta para vencer las resistencias sociales. Una tercera razón del cambio ideológico, es la dificultad de incluir el concepto clásico de marginación a muchas de las nuevas categorías o grupos de sujetos incluidos en la marginalidad.

El estatus de marginados viene marcado por el grupo de referencia y el de pertenencia. La marginación es una discriminación cultural y de valores, que trasciende a individuos o grupos; el concepto de marginalidad es definido por una sociedad desde sus propios esquemas de referencia. **“La marginación social”** es un concepto amplio, en el que se incluyen un gran número de colectivos. Así, nos encontramos con minorías étnicas y culturales, inmigrantes, actividades fuera de ley, enfermos crónicos, vagabundos, minorías sexuales, personas mayores, etc. Estos estados de la persona pueden verse como una característica necesaria de la realidad humana y social, en la que las desigualdades crean grupos residuales menos favorecidos, o puede verse como el resultado de la explotación de un grupo social más poderoso, sobre otro u otros más débiles. En este caso aparece entonces la marginación como resultado de la injusticia social.

Personas en situación de marginación social son por tanto, todas aquellas que configuran los márgenes de la sociedad y cuya participación en los ámbitos de la vida social considerados relevantes no responde en la forma y/o en el grado a los esquemas normativos dominantes. La definición de la marginación es fruto del momento histórico, moral de una sociedad.

En los últimos años ha aparecido y se ha utilizado profusamente el concepto **“exclusión social”**, se utiliza pródiga y regularmente. Sin embargo, en la actualidad todavía existen numerosos expertos que tratan de explicar y definir en qué consiste dicho concepto. Esto, puede deberse a dos razones principales: bien que no se usa con la precisión necesaria (dando lugar así a confusiones y equívocos), o tal vez que está habiendo todavía dificultad en acotarlo con rigor. Y es que la expresión exclusión social se ha popularizado en los ambientes sociales y políticos antes de fraguarse una teoría sistemática sobre el tema. Como en tantas ocasiones, la práctica cotidiana ha ido por delante de la conceptualización académica, y ahora es necesario restablecer el equilibrio para impulsar el desarrollo riguroso de la investigación. Quedando en cualquier caso muy claro en la teoría actual que el término exclusión habría que manejarlo con “infinitas” precauciones.

En cualquier caso, lo que está claro también es que desde la perspectiva del ámbito de las ciencias sociales y en la literatura sobre el tema en nuestro país, no existe una definición oficial ni legislativa de la noción de exclusión, y a la que puedan recurrir personas e instancias públicas o privadas que requieren de la reflexión y teorización sobre estos temas o que su implicación en la investigación-acción así se lo demande. Así mismo, hasta hace muy pocos años, ni en los diccionarios o enciclopedias de las Ciencias Sociales ni en la literatura sobre las realidades de la desigualdad, pobreza o marginación se hallaban definiciones de este concepto.

De hecho, baste señalar el dato de que fue en septiembre de 1989 cuando aparece por primera vez tal término en un documento del Consejo Europeo. Se afirma que este concepto es amplio y complejo, y por ello, general, y que requiere todavía que se le dote de una mayor precisión y rigor.

El excluido, es aquel que no puede beneficiarse del status de ciudadano; y ese status está constituido por la realización práctica de los derechos y deberes de las personas de una sociedad, es decir, el desarrollo positivo de los derechos de ciudadanía gira en torno a los derechos del trabajo, los económicos, los de la salud, protección, educación y derechos culturales.

En definitiva, el concepto de exclusión se nos presenta como una valiosa herramienta analítica de los fenómenos de desigualdad y de pobreza que se producen en las sociedades actuales, postindustriales. Es útil para centrar y acotar los procesos conducentes a las mismas. Tiene la virtualidad de permitir designar los procesos inherentes a las problemáticas más significativas del mundo actual y las situaciones resultantes. En definitiva, los investigadores están adaptando y explicitando sus posibilidades y su capacidad para explicar y descubrir los procesos y los cambios que se producen en las sociedades modernas.

Se conoce como “inadaptado” al individuo que es incapaz de integrarse en un contexto normal. Si este contexto es social, y el fallo concierne a una insuficiencia o un desvío en las relaciones hablamos de **“inadaptación social”**. Esta supone el apartarse de las normas del grupo que, al no tolerarlo, crea problemas al inadaptado. Estos problemas pueden ser de ajuste personal, de convivencia y de educación. La forma más grave de inadaptación social es la delincuencia, que supone la ruptura de las normas de justicia indispensables para la convivencia. Se denomina predelinencia cuando se realiza por

niños y adolescentes. La delincuencia juvenil constituye una auténtica subcultura con la adopción de los valores ideológicos más competitivos de la sociedad, una posición fatalista sobre el mundo, despreocupación hacia el futuro, rechazo de los medios legales de ascenso social, conciencia de estar segregados, interiorización de la etiqueta de “asociales” y búsqueda de la diferenciación por medio de la violencia.

Está suficientemente demostrado que la gran mayoría de los individuos que manifiestan un comportamiento permanentemente inadaptado, pertenecen al grupo social que ocupa el último escalón en la jerarquía social. La calidad de vida de estas personas está presidida por un contexto sumamente deficitario, en el cual no se han podido desarrollar las capacidades individuales, tanto a nivel cognoscitivo como emocional y relacional.

La situación conflictiva entre el individuo y su entorno sí implica un comportamiento objetivamente desviado, que va a provocar la actuación de las instituciones de control social principalmente policiales y judiciales. Esta actuación reviste unas características muy concretas:

Destaca el momento de intervención de la ley, ya que la ley no interviene cuando el individuo está en peligro de verse dañado en su sociabilidad, sino cuando él mismo es un peligro.

La ley no responde a las necesidades del menor, sino formalizando al inadaptado como delincuente

Interviene desde una distancia física y social, desde donde no es posible abarcar todos los elementos del problema.

Los planteamientos judiciales no pretenden recuperar sino aislar.

La decisión del Juzgado de Menores corresponde a un especialista en leyes y no a un profesional de la conducta.

**“Normas sociales”** es una regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas, tareas y actividades del ser humano. La palabra moral proviene del latín *moralis*, equivalente al griego *éfhos*. Sin embargo, la traducción latina adquiere un matiz distinto de la griega, pierde parte del significado inicial. Moral quiere decir carácter o costumbre, en cuanto algo que ha sido adquirido, y ya no tiene el sentido de estructura originaria.

El sistema de normas, reglas o deberes que regula las acciones de los individuos entre sí es lo que llamamos moral. Ésta, entonces, exige el

comportamiento desordenado de sus miembros cuando obedece únicamente a los intereses particulares. Las reglas morales representan necesidades sociales y colectivas, por lo que también son el origen del derecho, el cual aplicará la coacción y la sanción, con el fin de que se cumplan las leyes.

La sociedad que tenemos hoy en día no es muy diferente, en lo que se refiere a normas sociales, a aquellas del periodo romántico (siglo XIX). El sistema de normas sociales relativas a los diferentes sistemas sociales y a los papeles rol según posición social y que las personas identifican y asumen, lo estudia la sociología. Es la que todo mundo debe respetar.

#### ***Tipos de normas:***

Las normas sociales pueden ser agrupadas dentro de sistemas normativos según el grado de la sanción que se aplica al infractor. Con este sistema obtenemos una clasificación de los comportamientos desviados según su gravedad:

-**"Normas penales"**: son las recogidas en el código penal, que representa el núcleo duro de cualquier sistema social. Recoge las normas que tutelan los bienes fundamentales del grupo social (la vida, la propiedad, las instituciones...). El incumplimiento de estas es un delito, y convierte al autor en delincuente. Conlleva el tipo de sanción más grave: la pena.

**"Normas jurídicas"**: son las normas contenidas en reglamentos u ordenamientos, su violación es un acto ilícito y conlleva sanciones de tipo pecuniario o administrativo.

**"Normas sociales"**: es un amplio grupo de normas socialmente reconocidas, como la moda, la tradición, los usos y costumbres, etc. Su incumplimiento no implica una sanción institucionalizada, aunque sí algún tipo de recriminación o reproche social. En las últimas décadas existe la tendencia a conceptualizar estos comportamientos como diversos en vez de como desviados.

**"Moral individual"**: son las normas autoimpuestas, del tipo no comeré nunca en un McDonald's. Incumplirlas tiene escasa relevancia social, pero puede ser calificado como hipocresía.

El **"delito"**, en sentido estricto, es definido como una conducta, acción u

omisión típica (tipificada por la ley), antijurídica (contraria a derecho), culpable y punible. Supone una conducta infraccional del Derecho penal, es decir, una acción u omisión tipificada y penada por la ley. La palabra delito deriva del verbo latino delinquere, que significa abandonar, apartarse del buen camino, alijarse del sendero señalado por la ley. La definición de delito ha diferido y difiere todavía hoy entre escuelas criminológicas. Alguna vez, especialmente en la tradición, se intentó establecer a través del concepto de Derecho natural, creando por tanto el delito natural. Hoy esa acepción se ha dejado de lado, y se acepta más una reducción a ciertos tipos de comportamiento que una sociedad, en un determinado momento, decide punir. Así se pretende liberar de paradojas y diferencias culturales que dificultan una definición universal.

La **Delincuencia juvenil** se refiere a los delitos realizados por jóvenes o menores de edad. Un delincuente es aquel que reincide y comete crímenes repetidas veces. La mayoría de los sistemas legales consideran procedimientos específicos para tratar con este problema, como son los centros juveniles de detención. Hay multitud de teorías diferentes sobre las causas de la criminalidad, la mayoría de las cuáles si no todas pueden ser aplicadas a las causas de los crímenes juveniles. Los delitos juveniles suelen recibir gran atención de los medios de comunicación y políticos. Esto es así porque el nivel y los tipos de crímenes juveniles pueden ser utilizados por los analistas y los medios como un indicador del estado general de la moral y el orden público en un país, y como consecuencia puede ser fuente de alarma y de pánico moral.

Como la mayoría de los tipos de delitos, los crímenes cometidos por jóvenes se han incrementado desde mediados del siglo XX. Existen múltiples teorías sobre las causas de los crímenes juveniles, considerados especialmente importantes dentro de la criminología. Esto es así, porque el número de crímenes cometidos crece enormemente entre los quince y veinticinco años. En segundo lugar, cualquier teoría sobre las causas de la delincuencia deberá considerar los crímenes juveniles, ya que los criminales adultos probablemente habrán tenido un comienzo en la delincuencia cuando eran jóvenes.

Por otra parte, otro posible origen de la delincuencia juvenil son problemas como la esquizofrenia, trastornos conductistas/mentales, estrés postraumático, trastorno de conducta o trastorno bipolar.

Según algunos autores (Lode Walgrave:1992) la delincuencia de los

jóvenes no se presenta como una categoría de comportamientos homogéneos. Ella contiene una multitud de actos diferentes, una variedad de contextos sociales, de motivaciones y situaciones.

En este sentido se pueden distinguir tres concepciones de la delincuencia juvenil:

**La delincuencia-síntoma** aparece en el período en el cual la naciente ciencia de la criminología y el movimiento de la defensa social consideraban a todo delincuente como un enfermo.

Hasta los años 1960 aproximadamente, las autoridades políticas, judiciales, científicas y la cultura burguesa compartían un concepto que mezclaba los factores morales, legales, sociales y clínicos bajo el denominador común de “inadaptación social”. A pesar de las diferencias en las “escuelas”, de las diferentes disciplinas y la cooperación permanentemente de los medios judiciales y médicos, prevalecía la concepción clínica, indicando perturbaciones o deficiencias psicológicas en el origen del comportamiento.

Este enfoque tradicional lo encontramos aún hoy y no sin razón, pues algunos comportamientos delictivos en los jóvenes se explican en primer lugar por ciertos hechos que han marcado la vida de esos jóvenes: el abandono afectivo, el disfuncionamiento del sistema familiar o ciertas perturbaciones bio-psicológicas. La delincuencia síntoma parece pues una gama heterogénea de problemáticas individuales y relacionales. Sin embargo, este no es el prototipo de la delincuencia, como se le suponía antes de los años 60, época en que surge la criminología crítica.

**La delincuencia pasajera:** una segunda concepción ha subrayado la existencia de una delincuencia pasajera en los jóvenes; algunos estudios (Leblanc: 1977) muestran como la mayoría de adolescentes, (especialmente los varones) de todas las capas sociales, cometen regularmente actos que podrían ser objeto de investigaciones judiciales, pero una vez pasada la adolescencia ese tipo de comportamiento disminuye fuertemente.

La delincuencia juvenil, se presenta pues como un comportamiento ligado a las condiciones sico-sociales de la edad adolescente. Ella formaría parte de la búsqueda del adolescente de su identidad y posicionamiento en la sociedad. El adolescente se aparta de su ambiente familiar el cual percibe como

demasiado asfixiante en su rol protector, él prueba entonces los límites de la tolerancia social, el joven ensaya otros modelos de identidad; él encuentra en el grupo de pares un clima de comprensión y de solidaridad donde la pequeña delincuencia es aceptada como elemento de recreación y de afirmación de sí.

Tanto la psicología como la sociología se han procurado modelos para comprender lo que puede determinar a los jóvenes convencionales a este tipo de comportamiento. En todo caso esta tesis no ha podido ser sostenida en su totalidad. Nos aventuramos a decir que esta tesis podría explicar porque en nuestro medio en ocasiones encontramos jóvenes de familias acomodadas, hijos de familias “convencionales” inmersos en el problema de la delincuencia, sin embargo no serviría para explicar porque ciertos jóvenes persisten en el comportamiento delictivo cuando llegan a la edad adulta.

Las investigaciones sobre la cifra negra de la criminalidad, realizadas con cuestionarios anónimos, donde los jóvenes “confiesan” sus “faltas a la ley” no muestran sino una delincuencia más o menos benigna y subestiman la delincuencia de los jóvenes menos favorecidos, quienes se muestran desconfiados frente al anonimato de los cuestionarios, comprenden más difícilmente este instrumento para recoger información y con frecuencia están ausentes (por deserción) de las escuelas, lugares donde se han realizado la mayoría de las investigaciones basadas en los cuestionarios de delincuencia autoreportada.

**Delincuencia de precariedad.** Ciertos jóvenes persisten en el comportamiento delictivo cuando llegan a la edad adulta. Se trata especialmente en jóvenes de baja estratificación social. De ahí que una tercera concepción de la delincuencia juvenil haya sido planteada. Esta tiene cuenta de las condiciones de vida de los sujetos, los jóvenes agrupados en esta categoría han manifestado problemas sico-sociales más profundos, ligados a sus condiciones de precariedad social, relacionados tanto a su presente como a sus perspectivas de futuro.

Necesario es señalar que algunos autores no diferencian la delincuencia de precariedad de la delincuencia síntoma (Leblanc 1978, Frechette et Leblanc, 1978) ellos consideran que las características individuales de los jóvenes desfavorecidos, deben tener en cuenta las condiciones y las vivencias sociales. Para Walgrave sin embargo la distinción es esencial, y que en la delincuencia síntoma, los problemas individuales o familiares existen es sí

mismos, mientras que en la delincuencia de precariedad, esos problemas se manifiestan debido a la posición y las circunstancias adversas de esos jóvenes. Esas dos tipos de delincuencia exigen por tanto interpretaciones y soluciones diferentes.

Para terminar este recorrido por diversas definiciones y aproximaciones a conceptos íntimamente ligados al tema en cuestión, no podemos sino referirnos a un viejo y a la vez vivo y dinámico término como es la **educación**; (del latín educere “guiar, conducir” o educare “formar, instruir”) puede definirse como:

El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.

Proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.

La educación se comparte entre las personas por medio de nuestras ideas, cultura, conocimientos, etc. respetando siempre a los demás. Ésta no siempre se da en el aula.

Existen tres tipos de educación: la formal, la no formal y la informal. La educación formal hace referencia a los ámbitos de las escuelas, institutos, universidades, módulos, mientras que la no formal se refiere a los cursos, academias, etc. y la educación informal es aquella que abarca la formal y no formal, pues es la educación que se adquiere a lo largo de la vida.

### 3. DERECHO DE MENORES Y APLICACIÓN-EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES

El art. 1 de la Convención de los Derechos del Niño establece que menor es toda persona que no haya alcanzado los dieciocho años, salvo que la legislación nacional establezca otra cosa. Por su parte, el art. 2 de las Reglas de Beijing señala que “menor es todo niño o joven que, con arreglo al sistema jurídico respectivo, puede ser castigado por un delito en forma diferente a un adulto”. La falta de un pronunciamiento concreto sobre la edad mínima de responsabilidad penal se debe a las dificultades de lograr un consenso mayoritario en razón de las diferencias existentes en las legislaciones de cada

país. En España, tras un debate doctrinal y diferentes propuestas en los diversos proyectos que se han sucedido, la L.O. 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores establece en su art. 3 que el autor de un delito menor de catorce años no responderá penalmente, sino que se le aplicará lo dispuesto en las normas sobre protección de menores previstas en el Código Civil y demás disposiciones vigentes. Hasta su entrada en vigor en enero 2001, la LO 4/1992, de 5 de junio, reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores estipula en su art. 1 la competencia de estos jueces por hechos cometidos por mayores de doce años. El criterio esencial que debe tener en cuenta el legislador nacional para fijar una edad mínima es de carácter médico y psico-sociológico, por encima de la tradición o de las demandas puntuales de la sociedad, que se concreta en la capacidad de responsabilidad general por los actos cometidos, fundada en la suficiente madurez emocional, mental e intelectual. Por eso el Comité de Derechos del Niño aconseja fijar una edad mínima lo más alta posible, criticando a los países que no establecen ningún límite de edad inferior o la fijan en los

diez años (e incluso menos) o permiten excepciones a la edad mínima fijada, como por ejemplo para el caso de que se hayan cometido delitos graves o muy graves. Tengamos en cuenta que la madurez del individuo tiene carácter evolutivo y pluridimensional, complejo, difícilmente aprehensible con criterios biológicos rígidos como es la edad cronológica, por lo cual hay que realizar una “interpretación favorable al reo”, estimando que no ha alcanzado la madurez suficiente para hacerle responder penalmente y, con ello, establecer una alta edad mínima de responsabilidad penal. Por otra parte, el concepto de responsabilidad debe vincularse a la capacidad de discernimiento y comprensión individuales y a otros derechos y responsabilidades sociales para que no pierda sentido. Desde esta perspectiva es positiva la elevación de la minoría de edad penal prevista en la nueva legislación española. Por último, debe señalarse que no siempre el establecimiento de la edad penal mínima conlleva una responsabilidad punitiva, en el sentido de la imposición de auténticas “penas” o “medidas penales”, pues depende del modelo de respuesta de cada país a la delincuencia juvenil.

Por otra parte, debe analizarse la edad máxima de este modelo de justicia juvenil, pues si bien el art. 1 de la L.O. 5/2000 define como tal al menor de 18 años, el art. 3.3 de las Reglas de Beijing recomienda que los principios del Derecho penal juvenil se apliquen también a los “delincuentes adultos jóvenes”, por lo que falta también la concreción de una edad máxima de ámbito de aplicación de este modelo de justicia, que en España se ha fijado

por el art. 69 del Código Penal LO 10/1995 y el art. 4 L.O. 5/2000 en la edad de veintiún años, si bien parece que el Gobierno, ante las peticiones de las Comunidades Autónomas que se encargan de la ejecución de las medidas, parece dispuesto a diferir la entrada en vigor de estos preceptos o proceder a su reforma, según se anuncia en los medios de comunicación.

El menor infractor también cuenta con una serie de Derechos Procesales como es preceptivo y lógico. El art. 40.2 de la Convención de Derechos del Niño establece que “n, y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los Con este instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular: b) todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quienes se acuse de haber infringido esas leyes se le garantice, por lo menos, lo siguiente:

- I) que se le presumirá inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley.
- II) que será informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o representantes legales, de los cargos que pesan sobre él y que dispondrá de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa.
- III) que la causa será dirigida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley, en presencia de un asesor jurídico y otro tipo de asesor adecuado y, a menos que se considere que ello fuere contrario al interés superior del niño, teniendo en cuenta en particular su edad o situación y a sus padres o representantes legales.
- IV) que no será obligado a prestar testimonio o a declararse culpable, que podrá interrogar o hacer que se interroge a testigos de cargo y obtener la participación y el interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad.
- V) si se considerase que ha infringido, en efecto, las leyes penales, que esta decisión y toda medida impuesta a consecuencia de ella, serán sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a la ley.
- VI) que el niño contará con la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o habla el idioma utilizado.
- VII) que se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento”.

Para finalizar este apartado, enunciaré las medidas aplicables en cuanto a justicia de menores. El art. 40.4 Convención de los Derechos del Niño establece “Se dispondrá diversas medidas, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación en hogares de guarda, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas al internamiento en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarde proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción”.

El rechazo absoluto a la pena de muerte y la cadena perpetua como respuesta a la criminalidad juvenil se deriva de este precepto, del art. 37.a) C.D.N. y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que no admiten excepciones a la prohibición de aplicar la pena de muerte a menores, pero seis países aplican hoy la pena de muerte.

Así pues, atendiendo a nuestra normativa judicial vigente en España las medidas en centro educativo que han sido objeto de estudio son las siguientes:

- Internamiento en régimen cerrado («Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio»).
- Internamiento en régimen semi-abierto («Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro, pero podrán realizar fuera del mismo alguna o algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida. La realización de actividades fuera del centro quedará condicionada a la evolución de la persona y al cumplimiento de los objetivos previstos en las mismas, pudiendo el Juez de Menores suspenderlas por tiempo determinado, acordando que todas las actividades se lleven a cabo dentro del centro»).
- Internamiento en régimen abierto («Las personas sometidas a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo»).
- Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto («En los centros de esta naturaleza se realizará una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas

alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias»).

- Permanencias de fin de semana («Las personas sometidas a esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción, en su caso, del tiempo que deban dedicar a las tareas socio educativas asignadas por el Juez que deban llevarse a cabo fuera del lugar de permanencia»).

Y las medidas en medio abierto han sido las que se detallan a continuación:

- Tratamiento ambulatorio («Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias»).

- Libertad vigilada («En esta medida se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socio-educativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el Juez de Menores. La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el Juez, que podrán ser alguna o algunas de las siguientes:

1. Obligación de asistir con regularidad al centro docente correspondiente, si el menor está en edad de escolarización obligatoria, y acreditar ante el Juez dicha asistencia regular o justificar en su caso las ausencias, cuantas veces fuere requerido para ello.

2. Obligación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, de educación vial u otros similares.

3. Prohibición de acudir a determinados lugares, establecimientos o espectáculos.

4. Prohibición de ausentarse del lugar de residencia sin autorización judicial previa.

5. Obligación de residir en un lugar determinado.

6. Obligación de comparecer personalmente ante el Juzgado de Menores o profesional que se designe, para informar de las actividades realizadas y justificarlas.

7. Cualesquiera otras obligaciones que el Juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, estime convenientes para la reinserción social del sentenciado, siempre que no atenten contra su dignidad como persona. Si alguna de estas obligaciones implicase la imposibilidad del menor de continuar conviviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996»).

- Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo («La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización»).

– Prestaciones en beneficio de la comunidad («La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad»).

– Tareas Socioeducativas («La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social»).

#### 4. TIPOS DE CONDUCTAS DELICTIVAS ENTRE LOS JOVENES

Entre los jóvenes predominan cuantitativamente las infracciones contra la propiedad: hurtos, robos con fuerza en las cosas, robos con violencia o intimidación, agresiones, etc. De entre ellos el hurto es el delito cotidiano. Los hurtos más frecuentes son el de vehículos y los hurtos en comercios, en cuya

comisión la participación de niños y jóvenes ha aumentado considerablemente, si bien, a la hora de valorar los datos estadísticos hay que tener en cuenta su menor habilidad y, por tanto, su mayor probabilidad de ser sorprendidos. En los últimos años han aparecido también nuevas conductas asóciales: destrucción de espacios, edificios o mobiliario urbano, desórdenes y alteración de la paz pública, apropiación lúdica de objetos de consumo; delitos cometidos por los gamberros del fútbol, actos violentos de protesta, delitos relacionados con el consumo de drogas o alcohol, etc.

En la mujer prevalecen los delitos contra la salud pública, seguidos en importancia por los delitos contra la propiedad y los delitos contra las personas. Las estadísticas ponen en evidencia que existe un enorme desnivel entre el campo y la ciudad: las tasas de criminalidad son mucho elevadas en las grandes ciudades. Así, para determinados delitos, se registra en las grandes ciudades a veces un número diez veces mayor que el campo. En las sociedades liberales se cometen probablemente más delitos que en los sistemas sociales totalitarios, aun cuando en ambas formas de sociedad exista un desnivel entre la ciudad y el campo. Otro de los aspectos sociales clásicos relacionados con la conducta antisocial, es la clase social. Generalmente se observa que en la áreas socio-económicamente pobres y marginales se registran más delitos que las de mejor posición, pero esto sólo sucede en las zonas urbanas pero no en las zonas rurales (Braithwaite, 1981). En la ciudad es donde actúan con más intensidad los fenómenos de la industrialización, la burocracia, el crecimiento demográfico y urbanización de las sociedades post-industriales. Este tipo de sociedades ha traído ventajas innegables pero también acentúan la desorganización social, los espacios privados minúsculos, los ruidos, el tráfico, las prisas, las aglomeraciones, la pobreza, el cosmopolitismo, la heterogeneidad y anonimato acarrear disfunciones importantes que can a incidir negativamente en el ámbito delincuencia: gregarismo, despersonalización, insolidaridad, debilitamiento de la propia identidad o conflictos culturales. Este cuadro se grava en barrios o zonas en los que reina el hacinamiento, la promiscuidad, la suciedad y el desorden urbanístico: áreas deprimidas que presentan tasas más elevadas de delincuencia. La relación entre crimen y espacio fue advertida por primera vez por la Escuela de Chicago.

## 5. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA DELICTIVA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

A continuación veremos una serie de factores que influyen en el delincuente y el hecho delictivo, determinando la conducta criminal.

**La familia: ¿un agente criminógeno?** Dos autores canadienses Frechette y Le Blanc (1987) han llamado la atención acerca de la prudencia que se debe tener cuando se quiere relacionar factores antecedentes, con efectos posteriores, para explicar la génesis de la delincuencia. Sin embargo, ellos admiten que para llegar a comprender el funcionamiento de un individuo en un momento dado, no se puede hacer una abstracción de las filiaciones existentes entre lo anterior y lo actual manifestados a través de la historia vivida.

La familia es sin lugar a dudas el elemento más importante del medio donde vive el niño, ella juega un papel esencial en el desarrollo de su personalidad así como en su comportamiento. Ella se tiene como el principal agente educativo en el proceso de socialización del niño.

La importancia que se le ha otorgado a la familia en el desarrollo de la personalidad del sujeto se basa en principios tales como:

La familia es el principal agente de transmisión de la cultura

El control social comienza en la familia y posteriormente, se proyecta en otras instituciones sociales, como la escuela por ejemplo.

La personalidad se desarrollará según las orientaciones trazadas por estas instituciones

Las funciones familiares son esenciales para la supervivencia de la sociedad y la conservación de su equilibrio.

El individuo tiene necesidad de un cierto aprendizaje y de una adaptación social para su supervivencia.

La sociedad humana y su cultura dependen de la afectividad de la socialización.

En este contexto, podríamos entonces proponer la siguiente hipótesis:

Entre mayor sea la deficiencia de la familia como agente de socialización del niño, mayor es el riesgo de delincuencia y/o perturbaciones del comportamiento en el joven o adolescente.

Partiendo de la estructura familiar actual los adolescentes son sujetos vulnerables, el resultado viene a ser la activación de los impulsos agresivos y rebeldes dentro y fuera de la familia, ya que sentirse juzgado desata actitudes de rebeldía y agresión en cualquier persona, y quizá mucho más entre los jóvenes. Existen diversos factores denominados deformantes y destructivos que van deteriorando el hogar hasta hacerlo una simple y forzada reunión de personas y pueden aumentar la posibilidad de ser generadores en potencia de conductas

antisociales en los adolescentes, sobre todo si se asocian a otros factores negativos como el alcoholismo, la drogadicción, la baja formación académica, el maltrato de tipo físico y psicológico, y el abuso sexual entre otros. Todo esto nos lleva a pensar en la familia y surgen preguntas como: “¿Qué está pasando durante esta etapa en el medio en el que se desenvuelven los adolescentes?”, “¿qué los hace actuar de tal o cual forma?”.

Debido a la gran diversidad de factores que afectan la conducta antisocial, es importante analizarlos para poder entender la presencia de dicho fenómeno, especialmente durante la adolescencia, ya que si bien la conducta antisocial está íntimamente relacionada con problemas en el núcleo familiar, dichas problemáticas afectan de manera diferente debido a una diversidad inmensa de factores como la personalidad del niño, el momento de aparición de los conflictos familiares, el grupo de iguales con los que se relaciona, etc. Por ello, se debe analizar la conducta antisocial como algo multicausal. Diversos autores han señalado que las personalidades antisociales se desarrollan en ambientes en los que se dan el riesgo de maltrato infantil o el mismo de hecho, los problemas económicos, el castigo físico sistemático o las rupturas familiares. Vivir tales emociones en la infancia provoca una carencia importante de sentimientos, y propicia una tendencia a cometer actos delictivos en el futuro, en definitiva todos conocemos estos factores como predictores de una posterior conducta antisocial.

Los estudios sobre las variables familiares, la conducta problemática y la conducta antisocial, se interesaron inicialmente en la estructura o composición familiar (presencia de ambos padres en el hogar, número de hermanos, etc.). Algunos resultados consideran que las conductas problemáticas como el consumo de drogas y la delincuencia están asociadas con un mayor número de hermanos, o bien con la falta de algunos de los padres en el hogar, así como pertenecer a una familia desintegrada. Sin embargo, la investigación más reciente se enfoca en el funcionamiento familiar, es decir, las prácticas de parentalidad y la calidad de las relaciones entre los miembros de la familia. Los resultados sugieren que el impacto de estas variables supera ampliamente a las variables estructurales. Por ejemplo, Loeber y Stouthamer refieren que las interacciones entre los miembros de la familia proporcionan oportunidades para que el niño o el adolescente adquieran o inhiba patrones de conducta antisocial. Existen otros factores familiares que también operan en el desarrollo de las conductas antisociales: pautas de crianza inadecuadas y prácticas de disciplina negativas por parte de los padres, transiciones familiares (divorcio y nuevas parejas), consumo de alcohol por parte de los padres, prácticas educativas indiscriminadas (fijación de límites incongruentes), trastornos psicopatológicos de los padres y adversidad familiar.

Respecto a las características de las relaciones afectivas en el ámbito familiar, se han identificado que tanto la delincuencia como el consumo de drogas se asocian a las relaciones tensas y conflictivas en el medio familiar, la falta de vínculos positivos entre los adolescentes y sus padres, la falta de confianza hacia los padres, los patrones de comunicación poco fluidos o la comunicación rígida e inconsistente en el ambiente familiar. De igual forma el rechazo de los padres y de los hermanos así como el ambiente familiar violento constituyen factores que frecuentemente se asocian con la aparición de conducta antisocial en los adolescentes. Se ha encontrado que la exposición del adolescente a la agresión en el entorno familiar como víctimas o como testigos influye claramente en su recurso a la violencia, e incluso el abuso o el maltrato que reciben durante la infancia o la adolescencia incrementan la probabilidad de delincuencia juvenil. Las investigaciones en este campo indican que las prácticas disciplinarias mediante el castigo físico, las amenazas y las órdenes injustificadas están relacionadas con la conducta hostil, las interacciones agresivas con iguales y el comportamiento disruptivo de los niños.

## 6. FACTORES BIOLÓGICOS. HERENCIA Y GENÉTICA

El aspecto relativo a si ciertas características biológicas, cromosómicas o neurofisiológicas, que incrementan o predisponen a la delincuencia se transmiten genéticamente y, por ello se heredan, —el delincuente nace o se hace—, ha sido objeto de numerosas y encendidas polémicas, continuando así las discusiones que en la Criminología han aportado los enfoques biologicistas, desde que LOMBROSO publicara en 1876, su obra *L’Uomo delinquente*, donde desarrolló su teoría del delincuente nato.

Estudios recientes realizados por WEST y FARRINGTON, por CHRISTIANSEN y por MEDNICK y VOLAVKA, han acumulado evidencias que sugieren que las características biológicas incrementadoras de la conducta delictiva pueden transmitirse genéticamente, por lo que, cuanto menos, existen indicios acerca del papel genético en la probabilidad de cometer delitos.

Para GARRIDO GENOVÉS la explicación biológica puede explicar plenamente la delincuencia de unos pocos sujetos, pero en la generalidad de los casos su rol parece imitado al de favorecer o no una mayor probabilidad de cometer delitos.

Esto puede ocurrir en aquellos supuestos en los que el menor tiene unos parámetros físicos anormales, lo que puede ser indicativo de un desarrollo

somático retardado. Estamos refiriéndonos a factores orgánicos que han constituido para el adolescente una posible fuente de desarreglo emotivo, como significativo obstáculo en los factores de riesgo para la delincuencia y otros comportamientos problemáticos. Hay, sin embargo, disposiciones heredadas que hacen mucho más probable que el hombre llegue a ser un criminal que si no hubiera tenido esta disposición. Por tanto, hay disposiciones que si no predestinan al delito, predisponen, sin embargo, a él. Una simple condición de sobrepeso, baja estatura, un defecto físico que altere su estética, etc., llevan aparejados en muchos casos, un complejo de inferioridad que puede ser considerado como un elemento impeditivo de un normal desarrollo evolutivo y emocional y, por lo tanto, ser invocado como una causa favorecedora de una futura actividad delictiva.

La realidad parece indicarnos que estos factores, por sí solos no inciden en la criminalidad de los jóvenes, si no van asociados a otros factores (sociales o ambientales), ya que el delito no es el hecho de un individuo aislado, sino de un individuo social.

## 7. FACTORES PSICOLOGICOS

El infractor joven presenta los siguientes rasgos de personalidad:

Actuación impulsiva: carece de autocontrol, de un filtro reflexivo que medie entre impulso y conducta y le permita el análisis de la propia situación.

Pensamiento concreto: orientado a la acción, práctico, programado par el corto plazo; no tiene un razonamiento abstracto.

Rigidez cognitiva: tiene dificultades para captar los matices de una situación concreta, es incapaz de desarrollar opciones distintas a las anteriormente adoptadas, etc.

Poseen rudimentarios mecanismos de auto-justificación, que se desmoronan si se les enfrenta al mal que efectivamente han ocasionado, dejándolos desprotegidos frente al complejo de culpa.

Déficit de autoestima: buscan en el comportamiento delictivo la sensación de poder o de dominio del mundo.

Distorsiones valorativas: es incapaz de captar las reglas, convencionales, actitudes y conductas de los diversos grupos sociales.

## 8. FACTORES SOCIOEDUCATIVOS

La escuela es junto a la familia el otro gran agente de socialización de nuestra

sociedad, en la que los niños y adolescentes aprenden a tener un comportamiento socialmente correcto acorde con las más elementales normas de una convivencia pacífica en sociedad. No se debe olvidar que la época escolar es un tramo en la vida de las personas por el que todos los niños deben de pasar y que incide profundamente en su desarrollo personal.

En la escuela, además de aprender una serie de materias que conformarán una base cultural, se enseña o se debería enseñar, sobre todo, a los niños como deben comportarse, cual debe ser la relación con sus compañeros, con los profesores y con el resto de la comunidad, de tal forma que se realice la socialización del individuo, con el objetivo de convertirlo en un “buen ciudadano”.

No podemos dejar de nombrar dentro del contexto escolar algo tan básico y primordial como el “fracaso escolar”. Se viene reconociendo que el éxito escolar es uno de los mejores preventivos de la delincuencia, ya que ésta suele ir asociada a negativas experiencias escolares (fracaso escolar y abandono temprano de los estudios). Además, las tasas de delincuencia se encuentran en estrecha relación recíproca con otras clases de comportamiento estudiantil y con el éxito académico.

Así, MAGUIN y LOEBER (1996) a la vista de los resultados ofrecidos por un estudio experimental de carácter longitudinal, manifiestan que “un pobre rendimiento académico se relaciona no sólo con el comienzo y la prevalencia de la delincuencia, sino también con la escalada en la frecuencia y en la gravedad de las ofensas”. También puede ser que la explicación sea otra. Puede ocurrir que al joven delincuente menos capaz se le detenga más fácilmente, y al carecer de un brillante expediente académico, las autoridades se preocupan menos de que su educación se interrumpa si pasa una temporada en una institución.

El problema reside en que la escuela que en principio debía de ser junto a la familia uno de los principales apoyos en la educación y socialización de los niños y jóvenes, resulta que es también uno de los principales factores criminógenos de la delincuencia infantil y juvenil. En la mayoría de los casos, el niño procurará afrontar esa “competición”, para con la ayuda de los maestros superarla, superándose entonces a sí mismo, mejorando, en una palabra. Pero habrá casos, de estudiantes menos brillantes o dotados, en los que el niño se verá superado por ese espíritu competitivo y, entonces comenzará a mostrarse indiferente, irrespetuoso y violento, empezará a faltar a la escuela y renunciará a lo que ella representa. La escuela comenzará entonces a seleccionar un pequeño grupo de niños a los que considerará desadaptados, creando desde tan temprana

edad un etiquetamiento a través de mecanismos de selección, discriminación y marginación. La escuela “refuerza la inadaptación” de los niños y adolescentes con problemas sociofamiliares o procedentes de medios marginales.

## 9. SUSTANCIAS TÓXICAS: CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

Parece existir una correlación entre el consumo de drogas o alcohol y ciertos comportamientos violentos: reñir, pelearse, dañar mobiliario urbano, problemas con la policía, problemas de carácter relacional con amigos, padres, profesores, problemas de rendimiento escolar, relaciones sexuales no deseadas, etc.

Alrededor de un 10% de los individuos alcohólicos son jóvenes. El consumo de alcohol es compulsivo, de fin de semana; es un consumo nocturno, festivo que no sólo está aceptado sino que, en ocasiones, se considera una conducta adecuada en sociedad- ejemplo el famoso “botellón”-. Existe una conexión entre alcohol y delito, pero la cuestión de si el alcohol es una causa de criminalidad no puede todavía ser respondida de manera concluyente. El uso de las drogas por la juventud, ya sean estas legales (como el alcohol) o ilegales, ha aumentado de forma alarmante en nuestro país, generalmente, en lo que se conoce como el consumo de fines de semana. En el año 1975, según datos obtenidos por la Comisión Interministerial para el estudio del problema derivado del alcoholismo y del tráfico de estupefacientes, se observa que el consumo de drogas ilegales por la juventud española era mínimo. En los jóvenes se apreciaba una fuerte incidencia del uso de fármacos, especialmente anfetaminas entre los estudiantes, pero el impacto entre los jóvenes era cuantitativamente mínimo, ya que sólo el 0,1% del total de toxicómanos era menor de 20 años.

Hoy en día puede afirmarse, que la droga se ha extendido de forma muy significativa entre la juventud. Si en los años ochenta primaba el consumo de heroína y, por los jóvenes, el cannabis o hachis; en la década de los 90 el consumo de drogas por los jóvenes se ha generalizado, no pudiendo ya caer en el estereotipo de uso de drogas igual a marginación social. Por lo tanto no correlaciona necesariamente el consumo de sustancias legales o ilegales con comisión de delitos en la población juvenil.

## 10. FACTORES SOCIOAMBIENTALES

Pobreza y delincuencia son dos términos que mucha gente identifica como sinónimos o, cuando menos, como factores interrelacionados. Parece ser que la gente pobre delinque más que los pertenecientes a clases más acomodadas. Ahora

bien, esta afirmación “popular” que debe ser corroborada por datos fidedignos, únicamente puede ser cierta para una delincuencia cometida por necesidad, pero no se adecúa a la mayor parte de la delincuencia juvenil.

Es un hecho comprobado que los niños y jóvenes pertenecientes a clases sociales bajas tienen una tasa más alta de delincuencia que los pertenecientes a las clases media y alta. Principalmente cometen delitos con más frecuencia y con daños más graves en las personas y en las cosas. Es necesario nombrar en este sentido la “Teoría del etiquetamiento”, como factor influyente, de primer orden, en la criminalización secundaria de los jóvenes. El mecanismo de estigmatización o etiquetamiento promovido por las instancias oficiales de control social puede conducir a un joven que simplemente ha cometido un acto delictivo (delincuente primario), hacia una carrera criminal, organizada en el sentido de un verdadero y propio “estilo de vida” criminal.

## 11. CRIMINALIDAD ENTRE LOS INMIGRANTES EXTRANJEROS

En los países que albergan importantes colectivos de población foránea, se ha observado una creciente participación en la delincuencia de inmigrantes extranjeros, particularmente de la generación descendiente. Presentan tasas de criminalidad más elevadas, en términos relativos, que la población oriunda. Ello es debido a que los jóvenes extranjeros crecen en sistemas culturales con normas diferenciadas, sin estar firmemente anclados ni en la cultura de procedencia ni en la del país que les hospeda, lo que obstaculiza su integración. Además se han intentado explicar la criminalidad extranjera las teorías sociológicas del “conflicto de culturas”. Los movimientos migratorios provocan fenómenos de desarraigo.

## 12. OTROS FACTORES A DESTACAR: GRUPOS DE IGUALES, DESEMPLEO, MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La adolescencia y juventud, son etapas en la vida de las personas que se caracterizan por la búsqueda de la propia identidad, lo que implica la adquisición de la independencia emocional y personal frente a los padres y adultos en general, impregnando a la mayoría de sus acciones un halo de rebeldía e incompreensión frente a los adultos. En esta situación, la influencia y aceptación de los amigos y compañeros de la misma edad suele ser más importante para los adolescentes, que la que puedan ejercer sus padres en casa y sus profesores en el colegio. De ahí que los jóvenes tiendan a unirse entre sí, creando sus propias subculturas, con lenguajes, comportamientos y valores que les distingan y diferencien de los

adultos. Además, es importante destacar, que en la sociedad actual, en los países industrializados, los niños y adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo en el colegio y en la realización de actividades extraescolares, con sus compañeros, asumiendo en sus decisiones y reflejándose en sus estilos de vida, las expectativas de los compañeros de su edad. Las amistades juegan un papel importante como predictor de la futura conducta de los niños y adolescentes, por lo que ha sido un factor objeto de múltiples estudios. El gozar de amistades que realizan con cierta asiduidad conductas desviadas (beber alcohol, ingerir drogas, ausentarse del colegio, etc.) o comportamientos antisociales o delincuenciales, será un factor de riesgo en el comportamiento presente y futuro de los jóvenes, favoreciendo en gran medida el que el joven con esos amigos se comporte como ellos para evitar sentirse discriminado y excluido de su círculo o grupo de amigos.

En nuestro país la tasa de paro juvenil es más alta en comparación con las cifras del paro en los adultos (y más aún con la delicada situación actual) y registra además, la tasa de paro juvenil más alta de la OCDE. La consecución del primer empleo resulta, que duda cabe, muy problemática.

Aunque los jóvenes de ambos sexos cuentan con un mayor nivel educativo que los adultos en el mercado de trabajo, registran mayores tasas de paro.

No obstante, no parece que el paro juvenil sea un factor criminógeno de primer orden. Es evidente que no afecta por la edad de los sujetos, en edad escolar, a la delincuencia infantil. Respecto de la delincuencia juvenil, principalmente para los menores con edades comprendidas entre dieciocho y veintiuno o veinticinco años, a los que se conoce como jóvenes adultos, su influencia es mayor aunque quizás de cara a una criminalización secundaria.

Como se cometen los primeros delitos cuando los jóvenes son alumnos (la escolarización es obligatoria hasta los 16 años) y, por tanto, todavía no se encuentran inmersos en el mundo laboral, el desempleo juvenil generalmente no puede desencadenar el inicio de una carrera criminal. Solamente puede contribuir a su ulterior desarrollo y a su intensificación.

El efecto criminógeno de los medios de comunicación en los jóvenes debe ser observado desde dos ámbitos bien diferenciados. Por un lado, examinando el tratamiento que estos medios de comunicación realizan sobre los actos delictivos cometidos por niños y jóvenes y, por otro lado, analizando sus programas infantiles y juveniles, desde el enfoque que dichos programas realizan sobre todo de la violencia.

Todas las noticias o informaciones en las que de alguna manera aparezcan implicados menores de edad deben ser tratadas con una veracidad y una rigurosidad informativa extrema, además se debe tener mucho cuidado para no causar ningún daño al menor. Este respeto hacia los menores del que se puede decir que generalmente tienen los medios de comunicación en nuestro país, se observa que no se respeta cuando se trata de un delito grave cometido por niños o jóvenes. En estos casos, de delitos violentos como homicidios o asesinatos (que son noticia por lo raro e infrecuente), agresiones violentas por grupos juveniles, el tratamiento informativo suele ser exagerado; el efecto de los medios de comunicación de masas tal vez sea el de sobredimensionar la extensión de la delincuencia violenta.

Respecto a la violencia en la televisión, está presente prácticamente en todos los programas, desde los infantiles ya sean películas, series, concursos o dibujos animados hasta los programas de adultos en informativos. Esto hace que la violencia se convierta en algo habitual desde la infancia con los perjuicios que ello conlleva, ya que no debemos olvidar que en nuestra sociedad, el ver la televisión se ha convertido en la afición favorita de los niños. Esta habituación de los niños a la violencia conlleva a que cuando se vean envueltos en diversas situaciones que hallan visto en el cine o en la televisión, hagan uso de ella, ya que para ellos será un comportamiento normal, ya que los niños no tienen la capacidad de análisis de los adultos y no identifican claramente la diferencia entre la realidad y la ficción.

### 13. CONCLUSIONES

La criminalidad, muy especialmente la juvenil, es un fenómeno complejo que no cabe reducir a una sola causa. Antes bien, nos hallamos ante un panorama típicamente característico de una situación multifactorial que desafía las interpretaciones tópicas y reduccionistas. Las investigaciones actuales no han sido todavía capaces de identificar todos los factores, evaluar su interrelación recíproca y, menos aun, elaborar un modelo predictivo de validez universal. Con todo, disponemos de algunos elementos que nos orientan, si quiera indiciariamente, para emprender la búsqueda racional de la solución al problema. Sólo alcanzaremos resultados satisfactorios si gozamos de la suficiente amplitud de miras para desechar nuestros prejuicios y analizar científicamente la realidad circundante.

La mejor manera de prevenirse contra la delincuencia juvenil es la de impedir que surjan infractores infantiles. También es obvia la necesidad de integrar

estrategias dirigidas a la mejora de ciertas capacidades y habilidades en los jóvenes con aquellas otras encaminadas a alterar la comunidad, el medio social, donde toda persona se moldea.

Mucho se ha hablado, se escribirá, divagará e investigará sobre la figura del menor infractor y todo lo que le rodea. Bajo mi modesta opinión hay varios asuntos complejos donde se debe incidir de manera especial. La prevención primaria; en un principio, la intervención debería ser preventiva, tendente a impedir que la conducta inadaptada llegue a manifestarse. Son las instituciones las que deben crear cauces de integración que aúnen esa prevención. Esa intervención preventiva, debe encaminarse a eliminar los elementos inadaptantes del entorno social que van a afectar al individuo en su proceso de socialización. De sus características dependerá la adaptación posterior del individuo al entorno, así como las posibilidades de desarrollo. La intervención debe iniciarse en la escuela e incluye desde una actuación política con la reforma de la escuela que la haga algo más cercano a la vida del niño, hasta una actuación preventiva en los barrios. La intervención desde la escuela es imprescindible, ya que es necesario dotar al individuo inadaptado de la capacidad de análisis y del conocimiento suficiente para lograr una integración social y una madurez y seguridad personal. La intervención se debe plantear a dos niveles: por un lado en la situación de internamiento cuando ésta se ha producido, evitando reproducir modelos ya fracasados; por otro, en el propio contexto del menor a través de personal especializado donde también la tarea es difícil y la rigidez de la estructura escolar va a suponer una nueva dificultad. Otro objetivo es la maduración personal. Para que el individuo sea capaz de llegar a adaptarse críticamente a la realidad social en la que vive y, por tanto, pueda llegar a modificarla, es imprescindible, además de que estén a su alcance las oportunidades educativas adecuadas, que se le dote de una madurez personal desde la cual relacionarse. Las inmadurez personal es una de las mayores alteraciones en la personalidad que conlleva la inadaptación subjetiva, por lo que se hace necesario un proceso interventivo que tenga como objetivo reestructurar su personalidad, adecuándola no solo a las exigencias sociales, sino, ante todo, a sí mismo; es decir, la adaptación social pasa inevitablemente por la adaptación personal.

Para concluir finalizaré ofreciendo aunque de forma muy esquemática, algo que sobre todo a los Criminólogos nos suele gustar o apetecer bastante: la elaboración de un perfil. Es muy complicado elaborar perfiles de cualquier grupo de sujetos, pero de los menores con medidas judiciales aún más, incluso hay que reseñar la poca validez en el tiempo de estos, dada la variabilidad de las tipologías y características de las sociedades actuales. Me baso para ello en

la experiencia, y el estudio de la población infanto-juvenil actual, a lo cual me he remitido al Servicio de ejecución de Medidas Judiciales de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Sujeto: **varón**, 90% frente al 10% de chicas. Quizás sea el dato que más permanezca a lo largo de los años.

Edad: entre **17 y 18 años**. El 50% tienen entre 16 y 18 años, y el 30% más de 18.

**Formación académica básica**, el 88% sólo sabe leer y escribir o tienen estudios básicos. Presentan absentismo escolar y tienen experiencia en fracaso escolar.

**Nivel socioeconómico bajo- medio.**

**Poca implicación familiar en la intervención.** El 66% de las familias se implican poco o muy poco.

**Consumen sustancias tóxicas.** Más del 50%.

**Trastornos psicológicos.** El 7% de los menores tienen diagnóstico de trastornos mentales.

**Factor nacionalidad:** si bien es cierto que en los últimos años se ha incrementado a un 20%, hay que reseñar que no es un dato significativo en tanto en cuanto tiende a ser utilizado parcial y demagógicamente por amplios sectores de la sociedad.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- **ARRUABARRENA, M<sup>a</sup> Ignacia:** *“Violencia y familia: un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil”*, en personalidades violentas, (de Enrique ECHEBURÚA), Pirámide, Madrid, 1994.
- **Carlos Vázquez González (2003),** *“Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas”*. Colex, Madrid.
- **CUADERNOS DE DERECHO JUDICIAL.** *“Psiquiatría criminal y comportamientos violentos”*. CGPJ 2005.
- **ELZO IMAZ, J.** *“Los jóvenes vascos. ¿Jóvenes en conflicto social? Justicia juvenil en la CAPV”*. CGPJ, Vitoria 1.997.
- **FUNES ARTIAGA, J.** *“Menores y jóvenes en situación de conflicto social: posibles respuestas. Justicia juvenil en la CAPV”*. CGPJ, Vitoria 1997.
- **GARCIA PABLOS, A.** *“Presupuestos criminológicos y políticos-criminales de un modelo de responsabilidad de jóvenes y menores. Menores privados de libertad”*. Cuadernos de Derecho judicial. CGPJ. 1.996.
- **GARRIDO GENOVÉS y LÓPEZ LATORRE,** *“La prevención de la*

*delincuencia: el enfoque de la competencia social*". Tirant Lo Blanch, 1995.

- **KAISER, G.** *"Introducción a la criminología"*. Editorial Dykinson, Madrid 1.988.

- **HERRERO HERRERO, C.** *"Seis lecciones de criminología"*. Colección Politeia. Instituto de Estudios de Policía. Madrid 1.988.

- **MORALES J.F. Y OTROS.** *"Psicología Socia"* I. Editorial McGraw-Hill. Madrid 1.994.

- **MINISTERIO DEL INTERIOR.** Anuarios Estadístico del Ministerio del Interior.

- **MEMORIA DEL FISCAL GENERAL DEL ESTADO.**

- **RICO GARRI, Manuel:** *"Percepción y realidad de la criminalidad en España"*, en Criminología, CDJ, XXIX, Madrid, 1994.

- **TIERNO JIMÉNEZ, Bernabé:** *"El niño: un modo peculiar de ser persona"*, en El menor en la legislación actual, Universidad Antonio de Nebrija, Madrid, 1998.

- **TOHARIA CORTÉS, Luis (y col.):** *"Flexibilidad, juventud y trayectorias laborales en el mercado de trabajo español"*, en Opiniones y Actitudes, N° 40, CIS, Madrid, 2001.

- **TOMILLO CID, Francisco José:** *"Aspectos sociológicos, criminológicos y jurídicos del consumo de drogas ilegales"*, en RDPCrim., N° 5, UNED, Madrid, 1995.

## LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL AL MENOR MALTRATADO EN LA REGIÓN DE MURCIA<sup>1</sup>

*Diego Martínez Tortosa*

### 1. INTRODUCCIÓN

La infancia es uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad. Su defensa y protección se ha convertido en un objetivo esencial de las políticas de bienestar social, con el fin de favorecer el desarrollo integral del niño y garantizar un nivel de vida adecuado a sus necesidades. Para ello, nuestra Administración Regional, en representación de toda la sociedad, debe adoptar y arbitrar todas las medidas y mecanismos protectores necesarios para prevenir aquellos riesgos que, cristalizados en determinados fenómenos sociales, como el abandono, la mendicidad, el absentismo escolar, la explotación sexual, el uso indebido de drogas y la utilización de la imagen del niño, afectan a toda la población infantil.

El tema de los malos tratos tiene que ver con una nueva sensibilidad hacia los menores, y con una nueva forma de entender sus necesidades y derechos.

Entendemos como situación de maltrato toda **violación** de los derechos de la infancia, reconocidos y ratificados por la inmensa mayoría de países del mundo.

Desafortunadamente, el problema de los malos tratos a menudo no se presenta públicamente ni las familias que lo padecen suelen acudir de manera voluntaria en busca de soluciones. Es un problema que requiere una postura activa por parte de los distintos profesionales y de la sociedad en general, que permita sacar a la luz lo que se está produciendo en el ámbito privado.

Desde el convencimiento de la necesidad de no permanecer impasibles ante las situaciones de maltrato infantil que nos rodean es necesario coordinar y aunar esfuerzos de distintas administraciones con el objetivo de prevenir y abordar de forma interdisciplinar el fenómeno del Maltrato Infantil en nuestra región.

---

<sup>1</sup> Diego Martínez Tortosa. Director de la Residencia de Menores Santo Ángel. Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Política Social Mujer e Inmigración

El objetivo principal de este artículo es proporcionar a profesionales de distintos ámbitos y que están interesados en el abordaje, intervención y prevención del maltrato infantil, una información sobre los cambios que se han experimentado en las últimas décadas en la atención institucional con menores maltratados y a la vez informar sobre los diversos recursos institucionales que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia posee para dar respuesta eficaz a menores que son víctimas de cualquier tipo de maltrato.

Otro objetivo que pretendo en este artículo es el difundir y dar a conocer el Programa Experimental **“Detección, Notificación y Registro de Casos de Maltrato Infantil en la Región de Murcia”**, que desde La Dirección General de Familia y Menor y en colaboración con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte se está implementando en nuestra Región.

En este sentido y atendiendo a la importancia de abordar el problema del maltrato con un enfoque multidisciplinar, la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración ha elaborado distintos protocolos de actuación y manuales para abordar el problema de los Malos Tratos en la Infancia desde distintos ámbitos profesionales. Así pues tenemos en la actualidad:



**“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Manual para el profesional. Hojas de Notificación”.**



**“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario”. Manual para el profesional. Hojas de Notificación”.**



**“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de los Servicios Sociales”. Manual para el profesional. Hojas de Notificación”.**



**“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito educativo”. Manual para el profesional. Hojas de Notificación”.**

He de matizar que en la elaboración de estos manuales han colaborado profesionales de los distintos ámbitos profesionales y en concreto en la elaboración del manual para los profesionales del ámbito educativo ha

participado El Equipo de Convivencia Escolar de la Dirección General de Ordenación Académica. Con la redacción de este manual se pretende dar respuesta a esas lagunas que los profesionales de la educación tenían a la hora de abordar el problema del Maltrato Infantil.

Dentro de los objetivos del Programa Experimental, esta la formación de los profesionales, estudios epidemiológicos, atención a niños maltratados, prevención, y en su conjunto, supone implicar tanto a los profesionales del ámbito educativo, como a instituciones públicas y privadas.

Como todos sabemos, la buena voluntad no basta, la implicación y el compromiso con el mundo de la infancia y la adolescencia nos exige una permanente revisión personal y una preparación profesional adecuada. Preparación que repercutirá positivamente en una buena práctica con menores en situación de desamparo, evitando el que sufran una victimización secundaria.

Una formación que nos posibilite, desde la acción, espacios de reflexión, contraste y debate, para poder estar en condiciones de pasar a la práctica.

Por último, expresar mi deseo para que la lectura de este artículo sea una auténtica aventura formativa, que permita a distintos profesionales, tener en primer lugar una perspectiva histórica del Sistema de Protección de Menores en nuestro país y a la vez poder adquirir información básica para abordar con rigor el fenómeno del Maltrato Infantil en nuestra Región.

## “Que tu voz sea su grito”

*Campaña de Sensibilización para la Detección y Notificación del Maltrato Infantil.*

*Dirección General de Familia y Menor*



## 1. MARCO JURÍDICO QUE REGULA LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

En España, la primera vez que un texto Constitucional recoge un precepto dedicado a la protección de los menores y de la familia es la “Constitución de 1931” (Alcón 1998). Con este precedente, la actual Constitución de 1978 asegura, con carácter general, “La protección social, económica y jurídica de la familia” (artículo 39) por parte de los poderes públicos.

Se afirma también la protección integral de los niño/as por parte de esos mismos poderes, así como el deber de asistencia de los padres a los hijos.

Así pues, nuestro marco legislativo actual otorga, por un lado, unos derechos a los menores (constituyéndose el Estado como su representante y último garante) y, por otro, confiere determinados derechos y deberes a los padres. El niño ha pasado, así de ser considerado una propiedad del derecho parental a ser un “Bien Social” (Delval 1999).

Es durante el siglo XX cuando comienza a desarrollarse en los países de nuestro entorno una auténtica conciencia social entorno a la atención a la infancia en situación de necesidad social. Esto llevo a la publicación de distintos textos legales que en su desarrollo a han protegido a nuestra infancia hasta nuestros días.

Dada la abundante legislación existente hemos optado por presentarla de una forma cronológica y ordenada en tres niveles:

- Internacional y europeo
- Estatal
- Autonómico

A Nivel Internacional:

Hay que destacar la Declaración de los Derechos del Niño/a de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1959.

La Convención de los Derechos de Niño de Las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989.

La Resolución A3-0172/1992, de 8 de julio del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Derechos de Niño.

Todas estas referencias legislativas instan a los ciudadanos, organizaciones, autoridades locales y gobiernos nacionales a reconocer los derechos de la infancia y a promover su protección.

A Nivel Estatal

En concreto nos vamos a encontrar en la Constitución Española con una relevante referencia al mundo de la infancia, que es la que aparece en el artículo 39 del Texto Constitucional:

“Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia”.

“Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la Ley con independencia de su afiliación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La Ley posibilitará la investigación de la paternidad”.

“Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda”.

“Los niño/as gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

El siguiente texto legal al que vamos a hacer referencia es la **Ley 21/87**, de 11 de noviembre, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en materia de Adopción. Esta Ley supone el más importante progreso desarrollado en nuestro país en los últimos años para establecer un **sistema de protección a la infancia**.

En esta Ley se recogen conceptos básicos en el ámbito de la protección de menores como son: los conceptos de **Tutela Automática, Guarda y Desamparo**. También establece esta ley que serán las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de sus territorios, las que se responsabilizaran de la protección de la infancia.

El primer texto legal, que se va a ocupar de decir, cuales son los aspectos básicos que ya sean los poderes públicos, o las familias, deben cubrir para garantizar la atención a la infancia, va a ser la **Ley Orgánica 1/96**, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, y de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en materia de Adopción.

A Nivel Autonómico:

El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, en cuyo Título I (“De las competencias de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia”), artículo 10.1.18.se establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Murcia la competencia exclusiva en materia de “Asistencia y Bienestar Social. Desarrollo Comunitario. Política Infantil y de Tercera Edad. Instituciones de protección y tutela e menores, etc....”

La Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia, enumera los principios rectores y los derechos de la infancia establece las líneas generales de la acción protectoras y medidas de apoyo y de prevención, tutela, guarda, acogimiento y adopción. Recoge también la gestión de las medidas de reforma, establece las competencias de la Comunidad Autónoma, de las Entidades Locales y de las Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar, y regula además las infracciones, sanciones y el procedimiento sancionador.

***El deber de intervenir ante una situación de riesgo o desamparo por parte de cualquier ciudadano y especialmente de los profesionales que atienden a la infancia está recogido de la siguiente manera legalmente:***

En la Ley 3/95, de la Infancia de la Región de Murcia:

En el artículo 13, título II. Obligaciones de los ciudadanos

*“Toda persona que detecte una situación de riesgo o tuviera conocimiento de transgresiones de los derechos del menor, deberá ponerlo en conocimiento de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma o de los ayuntamientos, juzgados, Fiscalía de Menores o de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado o policías locales, en su caso, sin perjuicio de prestar al menor el auxilio necesario e inmediato que demande tal situación de riesgo.*

*Cualquier persona que tenga conocimiento de que un niño no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación, lo pondrá en conocimiento de las autoridades competentes, que adoptarán las medidas necesarias para su escolarización.*

*Las autoridades y profesionales actuarán con la debida reserva, evitando toda interferencia innecesaria en la vida del niño”.*

En la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica al menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil, encontramos lo siguiente en el título II:

### **Artículo 13. Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva**

*1. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*

*2. Cualquier persona o autoridad que tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación, durante el período obligatorio, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades públicas competentes, que adoptarán las medidas necesarias para su escolarización.*

*3. Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor.*

## **2. PERSPECTIVA HISTÓRICA EN LA ATENCIÓN A LA INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL**

La atención a menores desfavorecidos es una necesidad que a lo largo de la historia de nuestro país se ha abordado de diferentes formas y por diferentes estamentos. Así pues, El tratamiento institucional es una medida que surgió hace muchos siglos y para centrarnos y tener un mayor conocimiento de la evolución de cómo se ha trabajado con menores es conveniente hacer un

pequeño recorrido histórico.

“Las primeras instituciones que aparecen en España para la atención a menores, están destinadas a recoger a los niños huérfanos o expósitos, nombre que se le da a los niños abandonados en la calle a la vista de los transeúntes. Las casa de expósitos y los hospicios comienzan a funcionar en algunas ciudades española ya desde el siglo XIII, multiplicándose por toda la geografía española con diversos nombres, tales como casas cuna, inclusas, casas de misericordia, beateríos (para las niñas), etc. En general, las instituciones acogían conjuntamente a niños expósitos, vagabundos, trastornados y con otro tipo de necesidades. ***La característica más señalada de esta atención a la infancia era la fuerte mortalidad que padecían.***

Ya en nuestro siglo, las instituciones de menores se multiplican al unirse a esa tradición de recogida de menores abandonados o desamparados, el nacimiento de lo que sería la Obra de Protección de Menores, con una misión vigilante y correctora. A principios de siglo se crea la legislación reguladora de la Obra de Protección de Menores para afrontar los problemas de menores abandonados o desatendidos y de aquellos que presentan conductas socialmente conflictivas. Fundamentalmente es la Ley de 12 de agosto de 1904, que se perpetúa a través de los textos refundidos de Protección de menores y Ley de Tribunales de Menores de 1948.

La Obra de Protección de Menores, regida por el Consejo Superior de Protección de Menores, dependía del Ministerio de Justicia. El Consejo disponía de cinco secciones, una de las cuales era la de los Tribunales Tutelares de Menores y otra la de Asistencia Social, que realizaba su cometido a través de las Juntas Provinciales de Protección de Menores, con sus internados y sus ayudas económicas, entre otras medidas.

A lo largo del siglo XX y hasta bien entrado los años 80, los centros de menores constituían un recurso con muy diferentes dependencias que se solapaban tanto funcional como geográficamente. Los centros de internamiento en relación con los Tribunales Tutelares de Menores, eran los que tenían la tutela y corrección del menor que por decisión del Juez debía ser internado, y adoptaban diversas denominaciones como Casa de Observación, Casa Tutelar, Casa de Acogida, Casa Familia.

Los Centros de Internamiento pertenecientes a las Juntas de P M , recogían a aquellos menores privados de cuidados familiares o maltratados, y a los que se dedicaban a la mendicidad, y en general, las residencias constituían uno más de los recursos destinados a la protección infantil.

Pero también existían centros de protección de menores dependientes de algunas asociaciones más o menos oficiales, relacionados con determinados regímenes políticos y organizaciones religiosas, e igualmente existían otro importante conjunto de recursos residenciales de menores dependientes de las Diputaciones Provinciales. Estas tenían entre sus funciones las de mantenimiento de hogares infantiles para la atención de menores carentes de ambiente familiar hasta el fin de la edad escolar, así como institutos de puericultura o maternología, que acogían a recién nacidos abandonados o madres lactantes sin recursos, y la gestión para la adopción de huérfanos y expósitos.

En los años 80, un importante cambio sociopolítico se produce en nuestro país: se trata de la irrupción de las comunidades autónomas y la asunción, por parte de estas, de las competencias en materia de protección de menores. Este proceso de transferencia en materia de protección de menores en particular, está requiriendo un esfuerzo enorme para intentar dar coherencia y dotar de la adecuada coordinación a tan diferentes recursos, repartidos geográficamente de una forma no planificada, dotados de personal de muy distinta procedencia y preparación, y con instalaciones que podían estar en situaciones ruinosas junto a otras de lujoso equipamiento”. (Frutos Morales. J. J. 1998)

### 3. NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN CON MENORES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL.

La Atención Residencial ha sido el recurso de intervención dirigido a la infancia que más se ha utilizado y más críticas ha recibido. Se ha puesto en cuestión el que realmente sirva al objetivo que parece perseguir, el bienestar del niño. Según sus detractores, la Atención Residencial no sólo no se derivaría beneficio alguno para el niño, sino que, por el contrario le produciría graves daños. ***En la actualidad, parece estar claro que la bondad no depende del tipo de recurso en sí, sino de la forma en que se ofrece,*** especialmente del modo en cómo satisface las necesidades identificadas previamente. Parece,

por tanto, que establecer un conjunto de pautas sobre cómo debe darse este servicio, es decir, cuáles son las buenas prácticas que han de presidir la Atención Residencial redundará, sin duda, en la bondad de la misma.

***En los últimos años se están produciendo importantes cambios en la Atención Residencial. Estos cambios se deben tanto a aspectos vinculados a todo el sistema de protección infantil, como a aspectos internos de los propios Centros de Protección de Menores.***



### ***Perspectiva Histórica***

*El sistema de Protección Infantil que durante años estuvo presidido por actitudes marcadamente asistenciales y benéficas se ha ido transformando progresivamente en un sistema presidido por conceptos como justicia y bienestar social*



En resumen, nos encontramos con una población de niño/as y adolescentes que presentan importantes problemas familiares, problemas emocionales y de adaptación social, al tiempo que se observa un incremento de las edades adolescentes. A todo ello habría que añadir la aparición de niños extranjeros, ilegales, (***Menores Extranjeros No Acompañados***) con necesidades específicas de orden cultural y religioso. Como consecuencia de lo expuesto hasta ahora, la Atención Residencial ha de responder a nuevas demandas. Además de cubrir necesidades físico-biológicas y de educar y compensar déficit cognitivos y sociales tendrá que abordar las necesidades socio emocionales de estos niños y adolescentes, evolucionando de este modo hacia un modelo de intervención psicosocial al mismo tiempo que educativo. Se puede adelantar otro futuro cambio en la población, recogiendo la experiencia de otros países donde existe una mayor utilización de los recursos de acogimiento familiar. La tasa de interrupciones es muy alta, entre un 30 y 60%, según sea Acogimiento o Adopción y según estudios. Ante este fracaso, muchos niños que han sido acogidos en medios familiares van a necesitar de un nuevo contexto de convivencia y será la Atención Residencial en la mayoría de los casos la que tendrá que responder a las necesidades de esos niños y adolescentes que han sufrido un mayor daño. (Redondo Hermosa. E, Muñoz Cano. R, Torres Gómez de Cádiz Aguilera. B, 1998).

***En la actualidad, parece estar claro que la bondad no depende del tipo de recurso en sí, sino de la forma en que se ofrece***

### ***Principios de la Atención Residencial***

La Atención Residencial se utilizará cuando una intervención de este tipo resulte más beneficiosa para el menor que cualquier otra posible.

En la Atención Residencial, la infraestructura, las relaciones entre el personal y los menores, así como las actividades de todo tipo que se desarrollen, se entenderán como integrantes del sistema de intervención.

La atención Residencial organizará todos sus recursos en orden a lograr un contexto que propicie al niño protección, confianza, seguridad y estabilidad.

La Atención Residencial se adaptará a las necesidades individuales de cada menor.

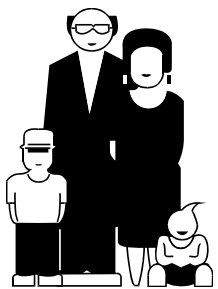
La intervención tendrá siempre en cuenta el momento evolutivo del menor y adoptará un carácter educativo con el objeto de potenciar su desarrollo biopsicosocial.

La Atención Residencial debe tener como objetivo, el prestar el apoyo técnico preciso a la familia del menor.

La atención Residencial asegurará que los menores tengan acceso a las experiencias normales propias de los niños de su edad.

El personal encargado de prestar la Atención Residencial tendrá la formación, conocimientos, experiencia y cualidades precisos.

La Intervención fomentará la colaboración del menor en el proceso de intervención. Siempre que sea en interés del menor, se buscará la implicación de la familia en ese mismo proceso



### ***Funciones de la Atención Residencial***

Proporcionar a los niños y adolescentes un contexto seguro, protector, educativo, terapéutico, al tiempo que se responde a sus necesidades de salud, emocionales, sociales y educativas, en función de su desarrollo evolutivo.

Proporcionar a los menores un contexto seguro cuando tengan que abandonar su hogar con carácter de urgencia, como medida de protección.

Ofrecer a ciertos menores y a sus familias un tiempo y un espacio que les permita clarificar y calibrar las opciones con las que cuentan de forma que

puedan afrontar situaciones conflictivas.

Ayudar a modificar las condiciones, así como los comportamientos paténtales y filiales, que han obstaculizado una adecuada vida familiar.

Ofrecer atención educativa y terapéutica a aquellos niños y adolescentes que dadas sus características personales y familiares no pueden seguir un adecuado desarrollo en un contexto de tipo familiar.

Preparar a los menores para las alternativas a la reunificación familiar.

Proporcionar a los adolescentes los recursos y habilidades necesarios para una adecuada transición a la vida adulta. **CONCEPTOS JURÍDICOS PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS DEL NIÑO/AS**

### ***Situación de Desamparo***

Se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o materia.

Entendemos que se apreciará una situación de desamparo cuando la gravedad de la situación y la falta de colaboración de los padres son tales que la única forma de garantizar la seguridad del niño/a es separarlo de su familia y asumir la Tutela provisionalmente desde la Entidad Pública competente...

Ley 21/87, (Art. 172.1 del Código Civil.)

### ***Situación de Riesgo***

La ley Orgánica 1 / 1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor define el riesgo como cualquier situación que perjudique el desarrollo personal o social del menor y que no requiera la asunción de la tutela.

### ***Pueden darse tres tipos de situaciones:***

a) El niño y en su caso la familia pueden ser protegidos adecuadamente con los recursos comunitarios disponibles.

b) Las necesidades básicas del niño solo pueden ser cubiertas mediante los recursos disponibles especializados de Protección a la Infancia (programa de intervención familiar, centro de día, etc...)

c) La única protección posible de las necesidades del niño es la separación temporal de su familia aun contando con la colaboración voluntaria de sus padres o tutores (acogimiento residencial y familiar).

La Ley 1/96 en su artículo 17, dice: “En situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de la tutela por ministerio de la ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores del menor y la familia.

Una vez apreciada la situación de riesgo, la entidad pública competente en materia de protección de menores pondrá en marcha las actuaciones pertinentes para reducirla y realizará el seguimiento de la evolución del menor en la familia”.

### ***Tutela Automática***

Responsabilidad que incumbe a la Entidad Pública a la que, en el respectivo territorio, corresponda la protección de menores, cuando aprecie que un menor se encuentra en situación de desamparo.

La tutela automática la asume la Entidad Pública sin necesidad de intervención judicial previa, posibilitando la intervención de urgencia de la misma, cuando la situación lo requiera, con obligación de informar posteriormente al Ministerio Fiscal de lo actuado.

Esta tutela tiene un carácter de provisionalidad, es decir, se mantiene en tanto subsistan las causas que determinaron la intervención.

### ***Guarda***

La guarda de un menor supone para quien la ejerce la obligación de

velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.

En principio, dentro de las obligaciones y derechos de La Patria Potestad, corresponde a los titulares de la misma la guarda de los menores. Sin embargo, la Entidad Pública asumirá la guarda en tres puntos concretos:

Cuando aprecie que un menor se encuentra en situación de desamparo, en cuyo caso asumirá la tutela y la guarda de dicho menor. Esta guarda podrá confiarla, bajo su vigilancia, al Director de un Centro o unas/s persona/s que lo reciben en acogimiento.

Cuando los titulares de la patria potestad lo soliciten, justificando no poder atender al menor por enfermedad u otras circunstancias graves.

Cuando lo acuerde el, en los casos que legalmente preceda. Es decir, cuando el Juez, durante el procedimiento de separación matrimonial, divorcio o nulidad, en causa penal o en período previo de constitución de la tutela ordinaria decida, como medida provisional, en beneficio del menor, confiar la guarda a la entidad pública.

### ***Patria Potestad***

Institución jurídica en virtud de la cual los padres asumen por derecho la dirección y asistencia de los hijos menores en la medida reclamada por las necesidades de éstos.

En la actualidad, la Patria Potestad tiene un doble y acusado matiz: por una parte es un derecho que corresponde al padre sobre sus hijos y por otra, es un complejo de deberes en beneficio de los hijos.

El contenido típico de la P.P. estará constituido por la alimentación, vestido, educación y cuidado de los hijos. Engloba por lo tanto a la Guarda y Tutela.

El Estado consciente de la importancia de la P.P. de los padres sobre los hijos, cuida este derecho y sanciona con su privación al padre que incumpla sus obligaciones.

***La Patria Potestad se acaba:***

- 1.- Por la adopción del hijo.
- 2.- Por la muerte o la declaración del fallecimiento de los padres o del hijo.
- 3.- Por la emancipación del hijo.

***Abandono***

Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras persona, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño.

***Renuncia***

Negativa explícita a reconocer la paternidad/ maternidad del niño/a, o negativa a poseer/ mantener cualquier derecho legal sobre éste.

***Acogimiento Familiar***

Figura que puede tener un carácter administrativo judicial y que otorga la guarda de un menor a una persona o núcleo familiar, con la obligación de cuidarlo, alimentarlo y educarlo por un tiempo, con el fin de integrarlo en una vida familiar que sustituya o complementa temporalmente a la suya natural, con independencia de que los padres estén o no privados, total o parcialmente, de la patria potestad.

***Tipos de Acogimientos:***

*-Acogimiento Familiar Temporal:* pretende asegurar una familia al menor que por diversos motivos, no puede o no debe continuar temporalmente en su entorno familiar pero manteniendo y potenciando las relaciones del niño con su familia de origen e incidiendo sobre la problemática que motivó la separación, con el fin de regresar al menor a su familia una vez que se haya solucionado dicha problemática.

*-Acogimiento Preadoptivo:* como paso previo a la adopción.

Si el menor presenta signos de malos tratos físicos o psíquicos, de abuso sexuales, de explotación, o si por cualquiera motivos los padres o los tutores

están sometidos a una causa de privación de la patria potestad y se prevé que esta situación pueda ser permanente.

Si los padres o tutores están imposibilitados para ejercer su potestad y se prevé que esta situación pueda ser permanente.

Si los padres o tutores lo solicitan al organismo competente y hacen abandono de los derechos y deberes inherentes a su condición.

Si el menor no tiene familia.

Si lo determina la autoridad judicial.

***Adopción***

Figura jurídica que, por medio de una decisión judicial, produce entre adoptante/s y adoptado un vínculo de filiación, al mismo tiempo que desaparecen, salvo excepciones, los vínculos jurídicos entre adoptado y su familia anterior.

**4. MOTIVOS POR LOS QUE UN MENOR PUEDE SER TUTELADO POR LA ENTIDAD PÚBLICA****1º) *Por incumplimiento de los deberes de protección.***

Implica la carencia total de cuidados parentales debido a:

- \*Abandono de hecho.
- \*Fuga del menor del domicilio o lugar de residencia.
- \*Orfandad.
- \*Inmigrantes ilegales, con familia en país de origen.

**2º) *Imposible cumplimiento de los deberes de protección.***

Implica circunstancias que hacen imposible el ejercicio de los derechos de protección, de modo temporal o definitivo, a pesar de los deseos de padres o tutores.

Circunstancias debidas a:

Privación de libertad de los padres.

Enfermedad física incapacitante de los padres.  
Enfermedad psíquica grave de los padres, (incluyendo deficiencia mental).

### 3º) *Inadecuado Cumplimiento de los deberes de protección.*

Atención no adecuada debido a:

Maltrato físico/psíquico.  
Negligencia física, (alimentación, higiene, vestido...)  
Negligencia emocional, (no escolarización, absentismo propiciado...)  
Explotación económica.  
Explotación Sexual.  
Inducción a la delincuencia.  
Conflicto familiar grave  
(Manchón. 1997)

## 5. EL MALTRATO INFANTIL. SU INCIDENCIA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Para ello, primero veamos la definición de **MALTRATO** aportada por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.

***Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y /o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad***

### ***Tipología del maltrato:***

La tipología que a continuación se expone está consensuada por autores especialistas en el tema y numerosas publicaciones, así también por los profesionales que trabajan el maltrato y han intervenido directamente en las distintas situaciones que se van a indicar. Varios datos a tener en cuenta antes de comenzar: hemos de saber que el maltrato viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales,... que no siempre están delimitados de forma inequívoca; es por lo tanto muy importante que no olvidemos que cuando nos encontremos ante un caso de maltrato cabe la posibilidad de que las causas sean múltiples, y que también estén interaccionadas.

La tipología de maltrato se clasifica desde tres perspectivas:

### ***Según el momento en que se produce:***

***Prenatal:*** cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño/a.

***Postnatal:*** cuando ocurre durante su vida extrauterina.

### ***Según quién lo produce:***

**Familiar:** los responsables del maltrato son familiares del menor, sobre todo en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.)

**Extrafamiliar:** los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) o no tienen relaciones familiares.

**Institucional:** es el provocado por instituciones públicas. Pueden ser sanitarias, educativas, de protección, etc.

**Social:** en este caso no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero encontramos circunstancias externas en la vida de los cuidadores del menor y en él mismas que no hacen posible una atención o cuidado adecuado del niño/a.

### ***Los tipos de maltrato según la acción u omisión concreta que se está produciendo son los siguientes:***

**Maltrato físico:** toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o puede provocar lesiones físicas en el menor. En este caso, se utiliza el castigo físico como método de disciplina habitual, propinar golpes o palizas al menor debido a la falta de control o a reacciones de ira de los cuidadores.

**Negligencia:** dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del menor. El niño está mal alimentado, mal vestido, sucio; no se atienden sus necesidades médicas, de seguridad, de educación, etc.

**Maltrato emocional:** toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él datos psicológicos. Es hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, o constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro del grupo familiar.

**Abuso sexual:** cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto y otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Aquí nos podemos encontrar que los autores son adultos (utilización que un adulto hace de un menor de 18 años para satisfacer sus deseos sexuales desde una posición de poder o autoridad, pudiendo hacerse uso del engaño, la amenaza o la violencia), u otros menores (situaciones en las que los abusadores son menores de 18 años que abusan de niños de menor edad)



PORCENTAJE DE LA RELACION TIPO/GRAVEDAD DE MALTRATO

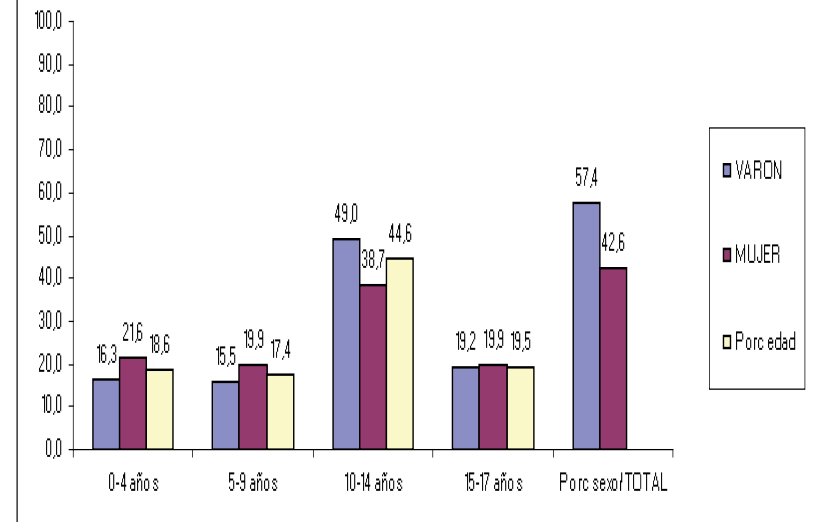
Región de Murcia 2006

|                     | Leve  | Moderado | Grave | % tipo |       |
|---------------------|-------|----------|-------|--------|-------|
| Abuso sexual        | 4,8   | 8,3      | 2,4   | 4,3    |       |
| Maltrato físico     | 28,8  | 37,0     | 18,5  | 25,2   |       |
| Maltrato emocional  | 33,7  | 20,4     | 4,4   | 14,8   |       |
| Negligencia         | 32,7  | 34,3     | 74,7  | 55,7   |       |
| Porc gravedad       | 100,0 | 100,0    | 100,0 | TOTAL  | 100,0 |
| Porc gravedad/TOTAL | 22,6  | 23,4     | 54,0  |        |       |

Como podemos observar el grafico, la franja de 10 a 14 años y en varones es donde más incidencia tiene el maltrato infantil en nuestra Región

Según los datos que en el año 2006 maneja la Dirección General de Familia y Menor podemos observar que el tipo de maltrato que más se ha notificado en nuestra región es **La Negligencia** con un porcentaje del 55,7%, en cambio podemos observar que tan solo se han notificado un 4,3% Abusos sexuales. También podemos observar según el maltrato grave es el que predomina en nuestra Región con un porcentaje de un 54%.

PORCENTAJE DE LA RELACION EDAD/SEXO



### El perfil del menor maltratado en nuestra Región:

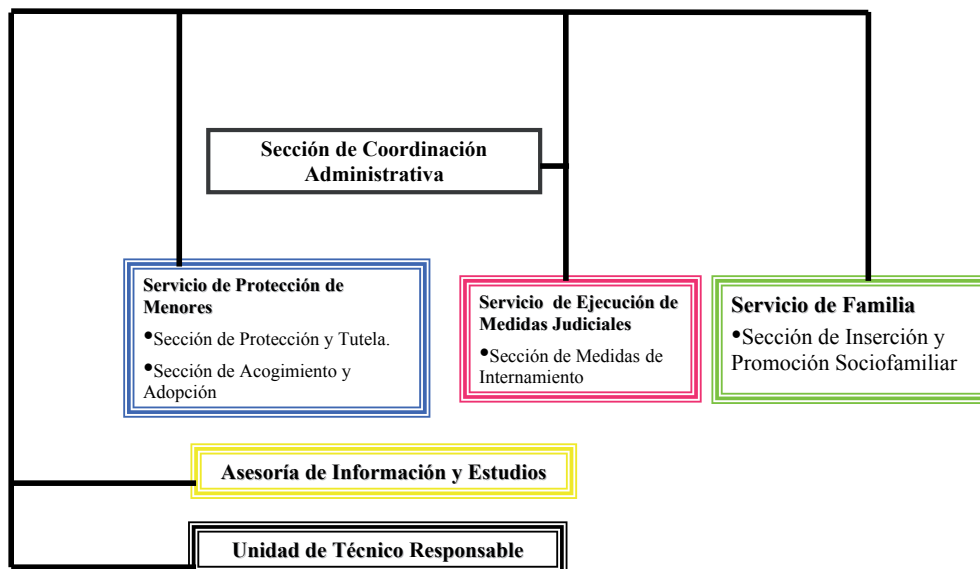
**Suele ser varón, con un intervalo de edad comprendido entre los 10 y los 14 años - siendo la media de edad de 10 años -. El maltrato principalmente que sufre es por negligencia y grave. Además, encontramos que los indicadores subyacentes son del tipo "No convivencia del menor con padres biológicos", "Ausencia de supervisión de actividades en núcleo de convivencia" y "Ausencia de apoyos funcionales".**

La negligencia es el tipo de maltrato que tiene una mayor incidencia en nuestra Región y al mismo tiempo en España. El fenómeno de la inmigración y en concreto el tema de los menores extranjeros no acompañados, son un ejemplo de negligencia en la aplicación de la patria potestad, pues estos menores son en la mayoría de los casos empujados por sus propios padres a salir de sus hogares y emigrar en busca del preciado “Dorado Europeo”.

## 6. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIA Y MENOR

En la actualidad la Dirección General de Familia y Menor de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, es el organismo de la Administración Regional que tiene las competencias en materia de protección de menores.

*La Unidad Administrativa que ejecuta las medidas de protección es El Servicio de Protección de Menores.*



## 7. PRINCIPALES PROGRAMAS DE ACTUACIÓN CON MENORES QUE SON VÍCTIMAS DE ALGÚN TIPO DE MALTRATO EN LA REGIÓN DE MURCIA

*Intervención en el Medio Familiar en situaciones de Riesgo....Servicio de Familia*

*Acogida Residencial de menores en Centros de Acogida o de Media o Larga Estancia.....Servicio de Protección de Menores*

*Acogida Familiar: Extensa (abuelos, tíos) y/o Ajena*

*Proyecto Luz (atención a menores víctimas de abusos sexuales)*

*Programa Experimental de Malos Tratos*



**7.1 PROGRAMAS QUE DESDE EL SERVICIO DE FAMILIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIA Y MENOR SE ESTÁN COORDINANDO PARA APOYAR A LOS MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO, ASÍ COMO A SUS FAMILIARES.**

*Programa de apoyo a familias monoparentales*

Prestan apoyo a las familias encabezadas por un solo progenitor.

*Familias numerosas*

Información básica sobre las clases de familias numerosas y los beneficios asociados. Complementariamente se ofrece información sobre prestaciones de ayuntamientos de la región y la legislación básica específica.

### ***Puntos de Encuentro Familiar (PEF)***

Espacio neutral donde se reúnen los niños con uno o ambos padres en aquellos procesos en los que no conviven con ellos (separación/divorcio o procesos en los que existen medidas de Protección de Menores).

### ***Servicio de Orientación a Familias en Situación de Crisis***

Su finalidad es apoyar a las familias murcianas en el afrontamiento y superación de situaciones de crisis puntuales.

### ***Programa de apoyo a familias en cuyo seno se produce violencia***

El objetivo de este Programa es la prevención y/o atención de problemáticas derivadas de situaciones de violencia familiar, que puedan afectar a uno o varios de los miembros de la unidad familiar.

### ***Servicio de Mediación Intergeneracional***

La Mediación es un procedimiento de gestión de conflictos en el que las partes enfrentadas acuerdan que una tercera persona cualificada, imparcial y neutral (mediador/a) les ayude a alcanzar por sí mismos un acuerdo que les permita resolver el conflicto.

### ***Programas de prevención de riesgos y dificultad social en el medio familiar, y de apoyo a la reinserción social de familias desfavorecidas***

El Servicio de Familia tiene encomendada, entre otras funciones, la ejecución de Programas de prevención de riesgos y dificultad social en el medio familiar, y de apoyo a la reinserción social de familias desfavorecidas.

### ***Programa de educación familiar y atención a familias desfavorecidas y en situación de riesgo social***

El objetivo de estos programas es la intervención social individualizada con carácter integral en núcleos familiares que se encuentran en situación de dificultad social o riesgo.

### ***Programa de orientación a la mujer gestante en dificultad social***

Información y orientación sobre recursos sociales, prestación de apoyo psicosocial, mediación entre la embarazada y su familia en casos de conflicto.

### ***Centros y Puntos de Atención a la Infancia (CAI y PAI). Pequecheques***

Información de los Centros y Puntos de Atención a la Infancia de la Región de Murcia (CAI y PAI) y las ayudas para las familias de los niños que asistan a los mismos y que obtengan la calificación de beneficiarias, “Pequecheques”

### ***Centros Especializados de Apoyo Familiar***

## **7.2 PROGRAMAS QUE DESDE EL SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIA Y MENOR SE ESTÁN LLEVANDO A CABO PARA MENORES EN SITUACIÓN DE DESAMPARO.**

En estos programas se incluyen todas las actuaciones del Servicio de Protección de Menores que permiten el abordaje de situaciones de posible desamparo de menores.

A través de estos programas se desarrolla todo un procedimiento que posibilita el estudio y orientación de cada menor y la aplicación de la medida protectora más adecuada. Por otra parte, la Dirección General de Familia y Menor tiene asignada, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Asuntos Exteriores, la función de dar conformidad a los programas de acogida de corta duración a menores acogidos al amparo del artículo 63 del Reglamento de extranjeros.

### ***Programa para la detección, diagnóstico y valoración de menores en situación de desamparo***

Este programa incluye todas las actuaciones del Servicio de Protección de Menores que permiten el abordaje de situaciones de posible desamparo de menores.

### ***Programa de acogida temporal a menores extranjeros***

Acogida de corta duración a menores acogidos al amparo del Reglamento de

extranjeros.

### ***Programa de Promoción Social y Ocupacional***

Este programa se desarrolla en el Centro de Promoción Juvenil situado en el Complejo de Espinardo.

### ***Centro de Promoción Juvenil***

El Centro de Promoción Juvenil es un centro de día que atiende a jóvenes con dificultad en su integración, ya sea escolar, social o laboral, interesados en aprender, y a los que se presta una formación individualizada en grupos reducidos.

### ***Programa de atención a menores en Centros de Protección***

Este programa persigue la atención integral a menores que se encuentran en situación de guarda o desamparo.

La actividad del programa de atención a menores en centros de protección se orienta en dos direcciones:

- Atención a menores en centros de protección.
- Gestión de altas y bajas en centros de protección.

La medida que con mayor frecuencia se adopta en menores en situación de acogimiento residencial, es la medida protectora de tutela. Del total de menores en situación de internamiento en centro, aquellos que se encuentran bajo la medida de tutela suponen el 66% de los menores, los que se encuentran en situación de Guarda suponen el 2% y los menores para los cuales se ha autorizado, mediante Resolución Administrativa, estancia/internamiento en centros durante un tiempo limitado suponen el 32% de los casos.

Conviene destacar que los menores para los que se autoriza la estancia en centros, son aquellos en situación de urgencia, menores extranjeros no acompañados, menores a los que la policía ingresa en centro porque no localizan a su familia tras haber cometido un pequeño acto delictivo, etc., y para los que la Entidad Pública no llega a adoptar ninguna medida protectora de medio o largo plazo.

La mayoría de menores atendidos en centros de protección son menores con

edades comprendidas entre los 0 a 5 y los 15 y 18 años. Si ordenamos los datos en porcentajes, los menores en el tramo de edad entre los 15 y 18 años suponen el 46% respecto al total, los menores entre 0 y 5 años representan el 20% de la población, en tercer lugar, se encuentran los menores entre 6 y 11 años y, finalmente, aquellos cuya edad es de 12 a 14 años.

A lo largo del periodo analizado, la distribución en géneros de los menores ingresados en Centros de Protección es del 65% de hombres y el 35% de mujeres.

***En general, se puede concluir que el 66% de menores que son ingresados en centros de protección son varones con edad comprendida entre los 15 y 18 y los 0 a 5 años de edad.***



## **TIPOS DE CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES EN NUESTRA REGIÓN**

### **TIPOS DE CENTROS DE PROTECCIÓN ATENDIENDO A CRITERIOS DE EDAD**

\* 0 a 6 años

\* 6 a 18 años

Acogida

### **TIPOS DE CENTROS DE PROTECCIÓN ATENDIENDO A LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA DEL MENOR**

Centros de Urgencia o de 1ª

### **Centros de Media y Larga Estancia**

#### **Centros de Protección Menores de Acogida y Media/Larga Estancia**

Son servicios residenciales de estancia limitada, que tienen por objeto realizar la observación y el diagnóstico de la situación de los menores atendidos y de sus familias.

#### **Centros de Protección para menores con discapacidad**

Estos recursos residenciales dan respuesta al alojamiento y atención a menores del sistema de protección con problemas de discapacidad.

#### **Centros de Protección para menores drogodependientes**

Estos recursos residenciales dan respuesta al alojamiento y atención a menores del sistema de protección con problemas de drogadicción.

#### **Centro de Promoción Juvenil**

El Centro de Promoción Juvenil es un centro de día que atiende a jóvenes con dificultad en su integración, ya sea escolar, social o laboral, interesados en aprender, y a los que se presta una formación individualizada en grupos reducidos.

Este Centro de Protección de Menores es de titularidad pública y es gestionado y administrado por el Servicio de Protección de Menores.

### **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE URGENCIA CON MENORES EN SITUACIÓN DE DESAMPARO**

#### **En el Módulo de Observación y Acogida Centro de Protección de Menores Santo Ángel**

1. INGRESO DEL MENOR.
  - Ⓢ Servicio de Protección de Menores.
  - 👮 Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
2. FASE DE ACOGIDA
  - 📁 Apertura de Expediente
  - 🏠 Revisión Médica

- 📖 Normas de Convivencia
- 👤 Designación de Educador/a

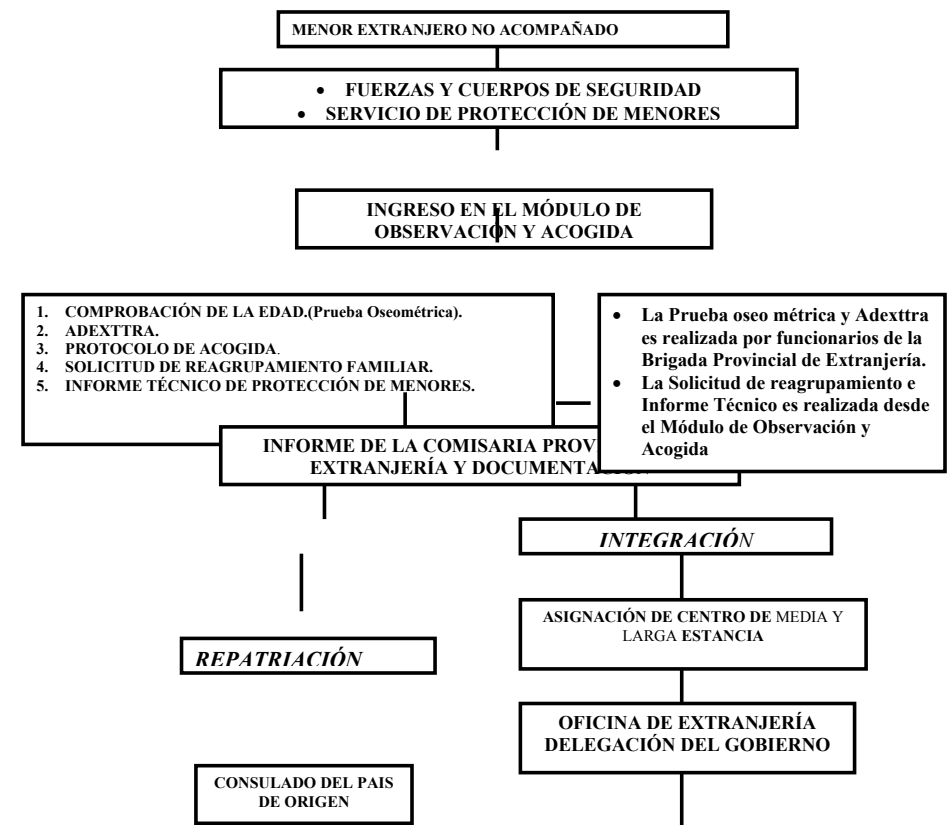
#### **3. FASE DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

- Entrevista de ingreso
- Registro de Observación
- 📖 Estudio y Valoración del caso
- 📄 Informe de orientación

#### **4. ALTERNATIVA**

- 👨👩👦 Reincorporación con su familia biológica / Mediación
- 👤 👤 Acogimiento con familia extensa. (Tíos o abuelos)
- 🏠 Centro de Media y Larga Estancia

### **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN CON MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS**

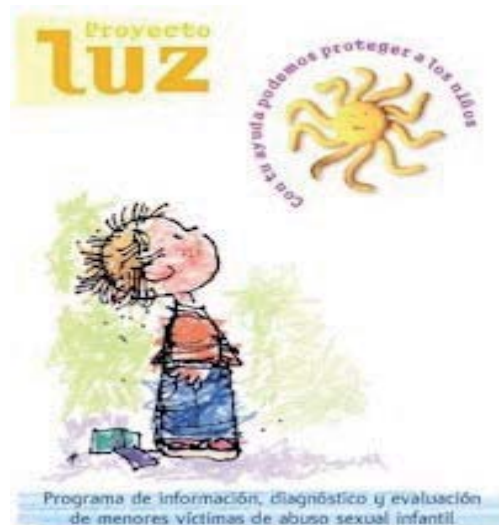


## ¿Qué es el Proyecto Luz?

*Es un programa de información, diagnóstico y evaluación de menores víctimas de abuso sexual infantil.*

*Es un programa dirigido a la atención de niñ@s y adolescentes con sospecha de estar siendo objeto de abuso sexual infantil.*

*Dispone de un equipo de profesionales especializados en la investigación y evaluación de casos de abuso sexual infantil*



### ¿Qué ofrece este equipo?

Coopera con los profesionales e instituciones implicados en el caso ofreciéndoles asesoramiento técnico.

Orienta sobre la atención médica, psicológica, social y judicial que la situación requiera en beneficio del menor.

Realiza la investigación y la evaluación de los casos de abuso sexual infantil.

Apoya al niño y a la familia en todo el proceso

¿A quién atiende el equipo?

Atiende a cualquier menor con sospechas de abuso sexual, tanto si se trata de abuso intrafamiliar realizado por un miembro de la familia del menor: padre,

madre, abuelo, etc., como de un abuso extrafamiliar: cualquier adulto sin vínculo de consanguinidad con el menor.

### ¿Cómo pueden participar las instituciones?

El programa colabora con aquellas instituciones interesadas en la detección del maltrato y el abuso sexual a l@s niñ@s, cooperando de modo más estrecho con Justicia, Servicios Sociales Municipales, Educación, Sanidad, Policía, etc., y en especial con la Dirección General de Familia y Menor, quien llevará a cabo la coordinación interinstitucional

La coordinación interinstitucional pretende:

Evitar la duplicidad de actuaciones

Prevenir la revictimización de l@s niñ@s en los procedimientos.

Favorecer la coordinación y aprovechamiento de recursos

Promover una actuación conjunta de mayor eficacia y calidad.

### ¿Ante un caso de sospecha de abuso sexual puede un profesional acudir al equipo?

Este equipo actúa con los casos de menores que previamente han sido notificados a la entidad competente en materia de protección (Dirección General de Familia y Menor); ahora bien, cualquier profesional, equipo o institución puede efectuar una consulta, solicitar orientación o asesoramiento técnico sobre un caso determinado u otras cuestiones relacionadas con el abuso y explotación sexual de niñ@s.

### ¿Cómo se puede contactar con el equipo?

Para entrar en contacto con el equipo puede hacerlo a través del teléfono 968 27 32 06. El horario de atención al público es de 9:00 a 14:00 h.

Si piensas que un niño puede estar siendo abusado sexualmente:

No rechaces inmediatamente esa idea. A veces, por desinformación o por miedo a hacer una acusación falsa podemos dejar de proteger a un@ niñ@ que lo necesita.

Debes saber que los profesionales estamos obligados a notificar cualquier sospecha de maltrato y abuso (Artículo 13 de la Ley Orgánica 1/96 de 15 de

enero). Notificar no determina culpabilidad, con tu notificación estás haciendo posible que se estudie la situación del menor.

Cree al niño. L@s niñ@s casi nunca mienten en relación al abuso sexual.

El miedo y la ira son reacciones normales ante el abuso. Procura tener calma y no demostrar sorpresa, horror o enfado ante sus manifestaciones.

Ofrécele comprensión y ayuda. Hazle saber que conoces cómo se siente y que no es culpable o responsable del abuso.

Si existe riesgo para su seguridad física o riesgo de nuevos episodios, necesita ser ayudado con urgencia, acude a: Hospitales, Fiscal de Menores, Policía, Servicio de Protección de Menores.

Si el caso no es urgente conecta con profesionales de tu zona. También puedes consultar con este equipo.

Facilita toda la información de que dispongas a los profesionales implicados.

## **PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL: DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN, Y REGISTRO**

### **¿Qué es el Programa Experimental de detección, notificación y registro del maltrato infantil?**

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la Dirección General de Familia y Menor es la entidad pública competente en materia de protección de menores, tal como establece el Decreto número 158/2007 que establece los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

En el desarrollo de esta competencia y con el objetivo de consolidar una efectiva coordinación institucional en cuanto a la protección a la infancia maltratada, esta entidad promovió el proyecto “Detección, notificación y registro de maltrato infantil”, que se enmarca dentro de los programas experimentales que se desarrollan por esta Comunidad Autónoma en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Este Programa Experimental, con una duración prevista de cuatro años, abarca la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, atención a

niños maltratados, prevención, etc. y en su conjunto supone implicar tanto a los profesionales de los distintos ámbitos (sanitarios, servicios sociales, educativos, policiales...) como a instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención a la infancia en la detección, intervención y prevención de maltrato infantil.



El Programa Experimental “Detección, Notificación y Registro de casos de Maltrato Infantil” se inscribe dentro del marco de los Convenios de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración para el desarrollo de Programas Experimentales de Atención al Maltrato Infantil, que se vienen realizando sin interrupción desde el año 1989 hasta la fecha.

Desde la Dirección General de Familia y Menor, como entidad pública competente en materia de protección de menores en la Región de Murcia, se está realizando un esfuerzo por consolidar una efectiva coordinación institucional en cuanto a la protección a la infancia maltratada.

### ***Objetivos, recursos y destinatarios***

#### **Objetivo general**

Prevenir el maltrato infantil y adolescente en la Región de Murcia mediante su detección precoz, así como a través de la formación de los profesionales que tienen relación con la infancia y adolescencia y la sensibilización de éstos y la sociedad en general.

#### **Recursos**

#### **Hojas de notificación sectoriales.**

#### ***Ámbito sanitario.***

## HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA EL ÁMBITO SANITARIO

### INSTRUCCIONES Y ANOTACIONES



Región de Murcia  
Consejería de Trabajo y Política Social  
Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales

Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
Servicio Murciano de Salud

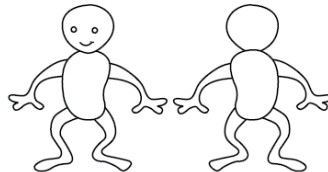
### HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

**L = Leve M = Moderado G = Grave**  
(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

Sospecha ☐  
Maltrato ☐

#### MALTRATO FÍSICO

- L M G** Magulladuras o moratones 1
- L M G** Quemaduras 2
- L M G** Fracturas óseas 3
- L M G** Heridas 4
- L M G** Lesiones viscerales 5
- L M G** Mordeduras humanas 6
- L M G** Intoxicación forzada 7
- L M G** Síndrome del niño zarandeado 8



Señale la localización de los síntomas

OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:

#### NEGLIGENCIA

- L M G** Escasa higiene 9
- L M G** Falta de supervisión 10
- L M G** Cansancio o apatía permanente
- L M G** Problemas físicos o necesidades médicas 11
- L M G** Es explotado, se le hace trabajar en exceso 12
- L M G** No va a la escuela
- L M G** Ha sido abandonado

#### MALTRATO EMOCIONAL

- L M G** Maltrato Emocional 13
- L M G** Retraso Físico emocional y/o intelectual 14
- L M G** Intento de suicidio
- L M G** Cuidados excesivos / sobreprotección 15

#### ABUSO SEXUAL

- SI** Sin contacto físico
- SI** Con contacto físico y sin penetración 16
- SI** Con contacto físico y con penetración
- SI** Dificultad para andar y sentarse
- SI** Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- SI** Dolor o picor en la zona genital
- SI** Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal
- SI** Cervix o vulva hinchados o rojos
- SI** Explotación sexual
- SI** Semen en la boca, genitales o ropa
- SI** Enfermedad venérea 17
- SI** Apertura anal patológica 18
- SI** Himen perforado

#### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

**Identificación del Niño** Caso Fatal (fallecimiento) ☐

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo ☐ V ☐ M Fecha de nacimiento (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Acompañante: Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Identificación del notificador** Fecha de notificación (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_ Servicio/Consulta \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Área Sanitaria \_\_\_\_\_

Profesional: Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajador Social ☐ Matrona ☐ Psicólogo ☐ N° Colegiado \_\_\_\_\_

## HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA EL ÁMBITO DE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD.

### Instrucciones y anotaciones.

Región de Murcia  
Consejería de Trabajo y Política Social  
Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales

**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO DE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD**

**L = Leve M = Moderado G = Grave**  
(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

Sospecha ☐  
Maltrato ☐

#### MALTRATO FÍSICO<sup>1</sup>

- L M G** Magulladuras o hematomas<sup>2</sup>
- L M G** Quemaduras<sup>3</sup>
- L M G** Fracturas óseas<sup>4</sup>
- L M G** Heridas, arañazos o raspaduras<sup>5</sup>
- L M G** Mordeduras humanas<sup>6</sup>
- L M G** Síntomas de intoxicación por fármacos<sup>7</sup>

#### NEGLIGENCIA<sup>8</sup>

- L M G** Comportamientos agresivos y violentos en las aulas contra profesores o alumnos<sup>9</sup>
- L M G** Actos de vandalismo, racismo o xenofobia<sup>10</sup>
- L M G** Deambular por la calle en horas de colegio y fuera de este horario, especialmente de noche<sup>11</sup>
- L M G** Escasa higiene<sup>12</sup>
- L M G** Ropa inadecuada para las condiciones climáticas<sup>13</sup>
- L M G** Intoxicación etílica y consumo de alcohol<sup>14</sup>
- L M G** Síndrome de abstinencia y consumo de drogas<sup>15</sup>
- L M G** Fugas de domicilio<sup>16</sup>
- L M G** Explotación laboral<sup>17</sup>
- L M G** Mendicidad<sup>18</sup>

#### MALTRATO EMOCIONAL<sup>19</sup>

- L M G** Intento de suicidio<sup>20</sup>
- L M G** Llanto injustificado<sup>21</sup>
- L M G** Tristeza, depresión, apatía<sup>22</sup>
- L M G** Manifestaciones de infelicidad en el hogar<sup>23</sup>

#### ABUSO SEXUAL<sup>24</sup>

- SI** Manifestaciones de abuso sexual<sup>25</sup>
- SI** Dolores abdominales o sangrado de genitales<sup>26</sup>
- SI** Ropas rasgadas, manchadas o ensangrentadas<sup>27</sup>
- SI** Uso de vocabulario impropio de la edad<sup>28</sup>
- SI** Comportamientos sexuales impropios de la edad<sup>29</sup>
- SI** Masturbación compulsiva o en público<sup>30</sup>
- SI** Prostitución infantil<sup>31</sup>
- SI** Uso de menores en espectáculos públicos de carácter exhibicionista o pornográfico<sup>32</sup>
- SI** Imágenes de pornografía infantil, tenencia de pornografía o exhibición de pornografía a menores<sup>33</sup>

Comentarios

#### IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que no proceda)

**Identificación del Niño**

Apellido 1.º \_\_\_\_\_ Apellido 2.º \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Sexo ☐ V ☐ H Nacionalidad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de notificación \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Identificación del notificador**

Policía Nacional / GRUME / Guardia Civil / EMUME / Policía Local / Otros: \_\_\_\_\_ N.º Placa \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

### 1. Objetivos priorizados

- 1.1. Detección de situaciones de maltrato infantil.
- 1.2. Facilitar la comunicación/derivación a entidades responsables.
- 1.3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles, etc., para orientar investigaciones, planificaciones, etc.

### 2. Lugar de cumplimentación

Esta hoja de notificación ha sido elaborada para su cumplimentación desde los centros de la Policía Nacional, Guardia Civil y Policía Local.

### 3. Criterios de elaboración y aplicación

- 3.1 Para notificar un caso no es necesario tener una certeza absoluta, sino que es suficiente tener una sospecha razonable de ello.
- 3.2 La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de los profesionales sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
- 3.3 Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición/valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta el correspondiente informe. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los niños.
- 3.4 La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los ítems ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
- 3.5 Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.
- 3.6 Si estimamos que el maltrato infantil es un problema complejo, en el cual al lado del niño agredido hay que considerar al adulto agresor, además de la trama familiar, el entorno social y cultural en que ocurre la interacción..., el enfoque intersectorial es el único posible para planificar las respuestas integrales que el tema requiere. De lo anterior se desprende la relevancia de la coordinación entre los distintos sectores que intervienen en los casos de maltrato infantil.
- 3.7 Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y éstos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones.
- 3.8 En algunas ocasiones pueden existir motivos para no informar a los padres porque se resistan a aceptar la situación, posible respuesta agresiva,..., porque pueda perjudicar al menor o pueda crear hostilidad de los padres que pueda dificultar actuaciones futuras de apoyo a realizar desde la escuela.
- 3.9 No siempre los responsables van a ser los padres y, en definitiva, lo que implica la notificación es solicitar los apoyos necesarios (ayuda) para resolver los problemas que dieron lugar a esta situación que afecta de forma negativa al niño. Es importante aclarar que con la notificación de un caso no sólo se está protegiendo al menor, sino que se pretende rehabilitar a los agresores, intentando que el niño retorne a su casa lo antes posible y sin peligro, trabajando sobre los factores que produjeron la inestabilidad familiar. Hay que tener en cuenta que cuanto más tarde se notifique un caso, más crónica será la situación y más graves serán las secuelas, tanto físicas como psíquicas, que sufrirá el menor.
- 3.10 La coordinación es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.
- 3.11 Debe realizarse un seguimiento posterior del niño y su familia no limitándose al tratamiento de la crisis.

LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA ES CONFIDENCIAL. EL OBJETIVO DE ESTA HOJA ES FACILITAR LA DETECCIÓN DEL MALTRATO Y POSIBILITAR LA ATENCIÓN.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regularización del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

### 4. Indicadores de la Hoja de Notificación

**Sospecha:** No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce del relato no creíble o contradictorio

**L (Leve):** circunstancias que requieren un seguimiento,

**M (Moderado):** necesita apoyo/ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos...

**G (Grave):** requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- 1 Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de padecerlo: heridas, hematomas, fracturas, mordeduras, quemaduras,...
- 2 Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido infringidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- 3 Quemaduras de puros o cigarrillos, que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.)
- 4 Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- 5 Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- 6 Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms. de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- 7 Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos.
- 8 Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.
- 9 Se refieren comportamientos violentos del menor con sus iguales, conductas de provocación, agresiones, etc.
- 10 Brutalidad, falta de civismo. Justifican/ participan en situaciones de segregación, discriminación y/o exterminio en función de criterios raciales, odio-repugnancia hacia los extranjeros.
- 11 Todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- 12 Constantemente sucio. Escasa higiene. Parásitos (piojos...)
- 13 Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras). Lleva ropa sucia, rota e inadecuada y desprende mal olor.
- 14 Consume alcohol con menores de 16 años. Presenta olor a alcohol, intoxicación/coma etílico.
- 15 Síntomas de consumo de drogas, inhala cosas o disolventes.
- 16 Como consecuencia de las agresiones o por la falta de cuidados/supervisión se produce el abandono del hogar, se ha escapado de casa.
- 17 El niño realiza con carácter obligatorio trabajos (sean o no domésticos) que excedan del límite de lo habitual, impropios de su edad, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren de manera clara sus actividades y necesidades escolares.
- 18 Incluye a niños que acompañan a adultos que "piden", vendedores en semáforos.
- 19 El adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación y discriminación, amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Sobreprotección.
- 20 Suicidios/intentos de suicidio relacionados con situaciones de maltrato, negligencia y abuso sexual.
- 21 Menores que de forma espontánea y sin motivo presentan llanto.
- 22 Manifestaciones emocionales que afectan al estado emocional del niño y/o requieren de atención psicológico-psiquiátrica.
- 23 Menor que refiere situaciones de violencia familiar, problemas de relación.
- 24 Abuso sexual: Implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.
- 25 Menores que refieren haber sido objeto de abusos sexuales: tocamientos, proposiciones actos sexuales,...
- 26 Presenta dolores abdominales inespecíficos, se queja de molestias/sangrado en su área genital-anal sin causas aparentes.
- 27 Presenta signos de agresión sexual.
- 28 Utiliza expresiones sexuales inadecuadas para su edad.
- 29 Manifiesta conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales. Muestra excesiva preocupación por el sexo. Practica juegos de carácter sexual inusuales para su edad. Manifiesta conductas de seducción con adultos del sexo opuesto.
- 30 Presenta conductas sexuales inadecuadas consigo mismo en público/de forma compulsiva.
- 31 Realiza contactos sexuales a cambio de dinero/regalos o por coacciones/amenazas.
- 32 Utilización de menores en espectáculos actividades de carácter obsceno o procaz.
- 33 Maneja material pornográfico. Pornografía infantil a través de internet.

## Protocolos de actuación ante el maltrato infantil

### Objetivos específicos

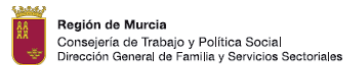
En cada uno de los proyectos (sanitario, policial, educativo y de servicios sociales) se establecen distintos objetivos, métodos y actuaciones, plasmados en consecutivas etapas relacionadas entre sí en las que se avanza para lograr el Objetivo General del Programa: “Prevenir el maltrato infantil y adolescente en la Región de Murcia mediante su detección precoz, así como a través de la formación de los profesionales que tienen relación con la infancia y la adolescencia y la sensibilización de éstos y la sociedad en general”.

Podemos concretar los Objetivos Específicos del Programa Experimental en los siguientes:

- Unificar conceptos e instrumentos de detección y derivación en el campo de la investigación, estudio y prevención del maltrato infantil en la Región de Murcia.
- Facilitar la actuación coordinada y eficaz de cuantos organismos intervienen en la protección del bienestar del menor para la detección precoz y valoración de las situaciones de maltrato infantil.
- Implicar y sensibilizar a los profesionales de los distintos ámbitos institucionales.
- Conocer la realidad social de los menores en desprotección y la incidencia y prevalencia de las situaciones de maltrato infantil en la Región de Murcia, de cara a la adecuación de los recursos.
- Facilitar la formación continua de los profesionales que desarrollan su actividad con la infancia en dificultad social.

### Destinatarios

Es un Programa dirigido a las instituciones públicas para facilitar la detección, notificación y registro de casos de maltrato infantil en la Región de Murcia. Se aplica en aquellos ámbitos en los que se prevé una mayor posibilidad de detectar casos de maltrato infantil: sanitario, judicial, policial, educativo y de servicios sociales.



## INSTRUCCIONES DE USO LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en la actividad cotidiana de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una “X” todos los indicadores de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de indicadores, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los indicadores y un apartado de identificación del caso.

El inventario de indicadores se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: indicadores de maltrato físico, de negligencia en el trato del menor, de maltrato emocional y de abuso sexual. Es importante resaltar que los indicadores no son exclusivos entre sí. Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso evidente de maltrato o si sólo existe la sospecha de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

Los indicadores poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del propio cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente. Si existieran otros síntomas o indicadores no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

La gravedad se indica tachando la “L” si es leve, la “M” si es moderado y la “G” si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

Asimismo, se diferenciará según la frecuencia en que se presentan los síntomas: ocasional o frecuente.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los indicadores de maltrato emocional.

Los indicadores poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas o indicadores que no aparezcan reflejados en el cuestionario. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información contenida en este y otros apartados es confidencial y se encuentra protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en el expediente de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

**IMPORTANTE:** Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Sospecha ☐  
Maltrato ☐

| MALTRATO FÍSICO* |     |
|------------------|-----|
| L                | G   |
| 1                | 1   |
| 2                | 2   |
| 3                | 3   |
| 4                | 4   |
| 5                | 5   |
| 6                | 6   |
| 7                | 7   |
| 8                | 8   |
| 9                | 9   |
| 10               | 10  |
| 11               | 11  |
| 12               | 12  |
| 13               | 13  |
| 14               | 14  |
| 15               | 15  |
| 16               | 16  |
| 17               | 17  |
| 18               | 18  |
| 19               | 19  |
| 20               | 20  |
| 21               | 21  |
| 22               | 22  |
| 23               | 23  |
| 24               | 24  |
| 25               | 25  |
| 26               | 26  |
| 27               | 27  |
| 28               | 28  |
| 29               | 29  |
| 30               | 30  |
| 31               | 31  |
| 32               | 32  |
| 33               | 33  |
| 34               | 34  |
| 35               | 35  |
| 36               | 36  |
| 37               | 37  |
| 38               | 38  |
| 39               | 39  |
| 40               | 40  |
| 41               | 41  |
| 42               | 42  |
| 43               | 43  |
| 44               | 44  |
| 45               | 45  |
| 46               | 46  |
| 47               | 47  |
| 48               | 48  |
| 49               | 49  |
| 50               | 50  |
| 51               | 51  |
| 52               | 52  |
| 53               | 53  |
| 54               | 54  |
| 55               | 55  |
| 56               | 56  |
| 57               | 57  |
| 58               | 58  |
| 59               | 59  |
| 60               | 60  |
| 61               | 61  |
| 62               | 62  |
| 63               | 63  |
| 64               | 64  |
| 65               | 65  |
| 66               | 66  |
| 67               | 67  |
| 68               | 68  |
| 69               | 69  |
| 70               | 70  |
| 71               | 71  |
| 72               | 72  |
| 73               | 73  |
| 74               | 74  |
| 75               | 75  |
| 76               | 76  |
| 77               | 77  |
| 78               | 78  |
| 79               | 79  |
| 80               | 80  |
| 81               | 81  |
| 82               | 82  |
| 83               | 83  |
| 84               | 84  |
| 85               | 85  |
| 86               | 86  |
| 87               | 87  |
| 88               | 88  |
| 89               | 89  |
| 90               | 90  |
| 91               | 91  |
| 92               | 92  |
| 93               | 93  |
| 94               | 94  |
| 95               | 95  |
| 96               | 96  |
| 97               | 97  |
| 98               | 98  |
| 99               | 99  |
| 100              | 100 |

Comentarios

| IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que no proceda)       |                       |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Apellido 1*                                                       | Apellido 2*           |
| Nombre                                                            | Fecha de Nacimiento   |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F        | Nacionalidad          |
| Dirección                                                         | Fecha de notificación |
| Localidad                                                         | Cód. Postal           |
| Identificación del notificador                                    | Teléfono              |
| Policía Nacional / Guardia Civil / ESMONE / Policía Local / Otros | H.º Plaza             |
| Centro                                                            |                       |

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, pueden dirigirse al:

**Programa de Atención al Maltrato Infantil. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales**  
C/ Travesía del Rocio, n.º 8, Edificio Lago - 30007 Murcia - Tlfonos: 968-273163 / 968-273210 - Fax: 968-273197 - [www.carm.es/ctra/maltratoInfantil](http://www.carm.es/ctra/maltratoInfantil)

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- **Consejería de Trabajo y Política Social.** *Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. Menor y Familia. 2000/2005. 2006.* Informe de actuaciones de menor y familia.
- **Salmerón. Pérez, F. Andreu, A. Calvo, A. (2007).** *Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo. Consejería de Trabajo y Política Social.* Secretaría Autonómica de Acción Social, Menor y Familia.
- **Aguilar Cuenca, J. (2006).** *Síndrome de Alineación Parental.* INFOCOP ONLINE 2007. Disponible en <http://www.infocop.es/>.
- **Martín Hernández, J. (2005).** La intervención ante el maltrato infantil. Psicología pirámide.
- **CEP formación. (2006).** *Maltrato infantil: Conocimientos y Prevención.* CEP editorial.
- **Muñoz Cano, R. y Redondo Hermosa, E. FAPMI, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1998).** Manual de la Buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia
- **Página Web de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.** Apartado referido a Menor y Familia. (2008)
- **Equipo Técnico del Centro de Protección de Menores Santo Ángel. Murcia (2008).** Protocolos de Actuación del Módulo de Observación y Acogida del Centro de Protección de Menores Santo Ángel.