

## ANEXO E

### FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO:

*Aportes de la Neuropsicología Forense para la construcción de criterios para la evaluación forense en los casos de Abuso Sexual Infantil en Colombia.*

SUBTÍTULO, SI LO TIENE:

No aplica

AUTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
Ospina Pérez	Ana María

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

Apellidos Completos	Nombres Completos
Suarez Ariza	Roberto

ASESOR O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
Padilla	Andrea

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

Psicología

**FACULTAD:**

Psicología

**PROGRAMA:** Carrera \_X\_ Licenciatura \_\_\_ Especialización \_\_\_ Maestría \_\_\_  
Doctorado \_\_\_

**NOMBRE DEL PROGRAMA:**

Psicología

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

No aplica

**CIUDAD:** BOGOTA **AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:**

2010

**NÚMERO DE PÁGINAS**

205

**TIPO DE ILUSTRACIONES:**

- Ilustraciones
- Mapas
- Retratos
- Tablas, gráficos y diagramas
- Planos
- Láminas
- Fotografía

No aplica

**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento\_\_\_\_\_

**MATERIAL ANEXO** (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: \_\_\_\_\_ minutos.

Número de casetes de vídeo: \_\_\_\_\_ Formato: VHS \_\_\_ Beta Max \_\_\_ ¾ \_\_\_

Beta Cam \_\_\_ Mini DV \_\_\_ DV Cam \_\_\_ DVC Pro \_\_\_ Vídeo 8 \_\_\_ Hi 8

\_\_\_\_\_

Otro. Cual? \_\_\_\_\_

Sistema: Americano NTSC \_\_\_\_\_ Europeo PAL \_\_\_\_\_ SECAM \_\_\_\_\_

**Número de casetes de audio:** \_\_\_\_\_

**Número de archivos dentro del CD** (En caso de incluirse un CD-ROM diferente al trabajo de grado):

No aplica

**PREMIO O DISTINCIÓN** (*En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial*):

No aplica

**DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:** Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (*En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Biblioteca General en el correo [biblioteca@javeriana.edu.co](mailto:biblioteca@javeriana.edu.co), donde se les orientará*).

## ESPAÑOL

Neuropsicología  
Neuropsicología forense  
Psicología forense  
Abuso sexual infantil  
Evaluación neuropsicológica forense

## INGLÉS

Neuropsychology  
Forensic neuropsychology  
Forensic psychology  
Child sexual abuse  
Forensic neuropsychology assessment

**RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS:** (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres):

La evaluación de la credibilidad del testimonio en el abuso sexual infantil (ASI), es un tema muy importante en la psicología forense. Como no es fácil establecer si hubo o no un hecho de abuso sexual, cuando se carece de evidencia física, la única prueba del abuso termina siendo el testimonio del menor, es por eso que el propósito de este estudio es hacer una revisión documental sobre los aportes que la neuropsicología puede ofrecer al ámbito forense, en los casos de abuso sexual infantil. Como tal el objetivo es establecer los aportes de la neuropsicología forense, para la construcción de unos criterios que se tengan en cuenta, a la hora de evaluar casos de abuso sexual infantil en Colombia. En esta investigación se hará una revisión documental, que permita aplicar las categorías de análisis, que son “las secuelas neuropsicológicas del ASI” y “la credibilidad del testimonio infantil”. El desarrollo de los contenidos de este estudio se hace a través de cinco capítulos. Capítulo I: Aspectos Legales y Normativos sobre el ASI; Capítulo II: Abuso Sexual Infantil; Capítulo III: Psicología Forense y Capítulo IV: Aportes de la neuropsicología forense en casos de ASI; Capítulo V: Criterios neuropsicológicos, para la evaluación de niños víctimas de ASI. El estudio hace un especial énfasis en los procesos de atención, memoria, procesamiento de la información, lenguaje, desarrollo cognitivo y funciones ejecutivas, los cuales hacen parte de las habilidades neurocognitivas que se deben tener en cuenta en los niños víctimas de ASI.

Assessment the credibility of the testimony in child sexual abuse (CSA) is a very important topic in forensic psychology. Due to the difficulty to establish whether there was an act of sexual abuse when physical evidence is lacking, the only evidence of abuse ends up being the testimony of the child, that's why the purpose of this study is to make a state of the art about what neuropsychology can offer to the forensic field, in cases of child sexual abuse. As such, the goal was to establish the contribution of forensic neuropsychology for the construction on the criteria that it is taken into account when assessment of cases of child sexual abuse in

Colombia. In this investigation we made a state of the art, which permit the application of the analytical categories, which are "the neuropsychological sequel of CSA" and "the credibility of child testimony. The development of the contents of this study was done through five chapters. Chapter I: Legal and Regulatory Aspects of the ASI, Chapter II: Child Sexual Abuse, Chapter III: Forensic Psychology and Chapter IV: Contributions of neuropsychology in forensic cases of ASI; Chapter V: Neuropsychological Criteria for the evaluation of child victims of ASI. The study makes a special emphasis on the processes of attention, memory, information processing, language, cognitive and executive functions, which are part of neurocognitive abilities that must be taken into account in the child victims of CSA.

Aportes de la Neuropsicología Forense para la construcción de criterios para  
la evaluación forense en los casos de Abuso Sexual Infantil en Colombia

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Psicología

Marzo de 2010

Ana María Ospina Pérez

Dr. Roberto Suárez Ariza<sup>1</sup>

Resumen

La evaluación de la credibilidad del testimonio en el abuso sexual infantil (ASI), es un tema muy importante en la psicología forense. Como no es fácil establecer si hubo o no un hecho de abuso sexual, cuando se carece de evidencia física, la única prueba del abuso termina siendo el testimonio del menor, es por eso que el propósito de este estudio es hacer una revisión documental sobre los aportes que la neuropsicología puede ofrecer al ámbito forense, en los casos de abuso sexual infantil. Como tal el objetivo es establecer los aportes de la neuropsicología forense, para la construcción de unos criterios que se tengan en cuenta, a la hora de evaluar casos de abuso sexual infantil en Colombia. En esta investigación se hará una revisión documental, que permita aplicar las categorías de análisis, que son “las secuelas neuropsicológicas del ASI” y “la credibilidad del testimonio infantil”. El desarrollo de los contenidos de este estudio se hace a través de cinco capítulos. Capítulo I: Aspectos Legales y Normativos sobre el ASI; Capítulo II: Abuso Sexual Infantil; Capítulo III: Psicología Forense y Capítulo IV: Aportes de la neuropsicología forense en casos de ASI; Capítulo V: Criterios neuropsicológicos, para la evaluación de niños víctimas de ASI. El estudio hace un especial énfasis en los procesos de atención, memoria, procesamiento de la información, lenguaje, desarrollo cognitivo y funciones ejecutivas, los cuales hacen parte de las habilidades neurocognitivas que se deben tener en cuenta en los niños víctimas de ASI.

Palabras Claves: Neuropsicología (SC 33840), Psicología forense (SC 20195), Neuropsicología Forense, Abuso sexual infantil (SC 46965), Evaluación Neuropsicológica (SC 33835).

---

<sup>1</sup>Director de Tesis. MD, Profesor Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.

## TABLA DE CONTENIDO

0. INTRODUCCIÓN.....	3
0.1. Planteamiento del problema y Justificación.....	4
0. 2. Objetivos .....	12
0.2.1. Objetivo General .....	12
0.2.2. Objetivos Específicos .....	12
1. METODOLOGÍA .....	13
1.1. Diseño.....	13
1.2. Procedimiento.....	14
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	16
Capítulo I: Aspectos Legales y Normativos del ASI .....	18
Capítulo II: Abuso Sexual Infantil (ASI).....	33
Capítulo III: Psicología Forense.....	60
Capítulo IV: Aportes de la Neuropsicología Forense en casos de ASI.....	97
Secuelas neuropsicológicas.....	103
Credibilidad del testimonio infantil.....	140
Capitulo V: Criterios para la evaluación de niños víctimas de ASI.....	173
3. REFERENCIAS.....	196

## 0. Introducción

El abuso sexual infantil (ASI), representa uno de los delitos más graves sancionados por los tratados internacionales, para la protección de la infancia y la adolescencia a nivel mundial y Colombia no es la excepción. De acuerdo con el código de los niños, las niñas y los adolescentes, así como con el Código Penal Colombiano, en la última década los legisladores han hecho que las penas sean mayores para los agresores (por voluntad de la sociedad civil), debido a las altas incidencias de casos reportados, los cuales oscilan entre 17.000 y 18.000 anualmente (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) y por el impacto psicológico, físico, moral y social que puede dejar este delito. Como muestra de ello, en la actualidad cursa en el Congreso de la República de Colombia, la petición por el cambio en la Constitución Política de Colombia, para que los jueces puedan imponer la cadena perpetua para violadores y abusadores de los niños, niñas y adolescentes en el país, a través del referendo.

En este sentido, la presente investigación tiene como objeto de estudio, establecer los aportes de la neuropsicología forense para la construcción de unos criterios que se tengan en cuenta, para la evaluación en los casos de abuso sexual infantil en Colombia. La justificación de este estudio tiene como principal argumento, que en Colombia no se cuenta con los debidos protocolos que cumplan con las necesidades y exigencias del Código de Procedimiento Penal Colombiano (CPP), para la validez probatoria, dejando en muchos casos dudas, alrededor de dos objetivos que se le piden generalmente a los profesionales de la psicología forense, los cuales son: determinar la credibilidad del testimonio infantil y de los adolescentes, así como establecer los daños psicológicos (lesiones y secuelas psicológicas), producidos por el ASI.

Para desarrollar esta investigación, se realizará un análisis de tipo documental, que permitirá comprender el objeto de estudio (abuso sexual infantil), a través de la consulta de diferentes documentos, tales como revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones (entre otros), de los diferentes ejes temáticos de la neuropsicología forense en los casos de ASI.



El desarrollo de los contenidos del presente estudio será descrito en cinco capítulos. Capítulo I: Aspectos Legales y Normativos del ASI; Capítulo II: Abuso Sexual Infantil; Capítulo III: Psicología Forense; Capítulo IV: Aportes de la Neuropsicología Forense a los casos de ASI; Capítulo V: Propuesta de criterios neuropsicológicos para la evaluación de niños víctimas de ASI. Es necesario destacar que el estudio hará especial énfasis en los procesos de atención, memoria, procesamiento de la información, lenguaje, desarrollo cognitivo y funciones ejecutivas. Se pretende a lo largo de los capítulos, generar una serie de criterios dirigidos a mostrar la importancia de la neuropsicología forense y que permitan su inclusión dentro de futuros los protocolos que se están construyendo en Colombia, para que de esta forma, los profesionales que administran justicia puedan conocer las aplicaciones que desde la neuropsicología forense se pueda hacer en los casos ASI. Se debe aclarar que los criterios mencionados a lo largo del cuarto capítulo de manera implícita, serán compilados en el último capítulo (Capítulo V) de manera explícita.

#### 0.1. Planteamiento del problema y justificación

El abuso sexual infantil (ASI) en Colombia es una situación que genera temor en niños, niñas, adolescentes y familias que viven este tipo de experiencias, ya que trae consigo, perjuicios físicos, emocionales y sociales, así como también es una trasgresión a sus derechos fundamentales. Este problema puede ser considerado como el mal ejercicio del poder que ostentan los adultos sobre los menores de edad, basados en los criterios de desigualdad física, intelectual, emocional y social, que incluye cualquier tipo de acto sexual con un menor, caracterizado por ir en contra de la voluntad del menor, es decir, que no se ha contado con el consentimiento expreso del afectado para llevar a cabo el acto (López y Álvarez, 1996).

Además, el ASI ha generado un gran impacto y alarma social, debido a la incidencia de los casos que se presentan cada año, de acuerdo con los reportes estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, donde se ha encontrado un aumento del 25% de los casos de ASI en Colombia y durante el 2007, se obtuvieron entre 17 mil y 18 mil casos. Se ha encontrado que en promedio, de cada 100

delitos de esta índole, 85 se cometen contra niñas y los 15 restantes, contra niños (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses, 2007). Más estudios sobre el ASI afirman que en Colombia cada 14 minutos, un niño es abusado en el país, pero apenas entre un 5-10% de los casos son denunciados por las víctimas (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; citado por Adame, 2009). La falta de exactitud en las estadísticas dificulta la toma de acciones en contra del abuso sexual infantil y aunque las cifras son ya lo bastante altas, la verdad es que éstas no reflejan la realidad acerca del ASI, puesto que son muy pocos los casos que llegan a denunciarse, sea por desconocimiento o por vergüenza (Adame, 2009).

Respecto a las cifras anteriores, la mayor dificultad para conocer los casos de abuso sexual infantil, es la que se tiene por los subregistros sobre el ASI (los subregistros que serían las estadísticas que se tienen acerca de este delito, pero que como tal no corresponden a la realidad), porque la gran mayoría de los casos de abuso, ocurren en un ámbito privado que es la familia, donde está comprometido el padre biológico, el padrastro o algún otro familiar cercano, lo que hace que se dificulte el conocimiento sobre las cifras reales de ASI. Como el contexto del abuso, es un contexto donde los menores no se sienten capaces de revelar éste (sea por los vínculos que existen en la familia, por amenazas o por los sentimientos de culpa que tenga el menor), este delito es difícil adjudicar porque por lo general, no hay más testigos que el acusado y el menor. Otra de las dificultades que se tiene con el ASI es que con frecuencia, en el abuso se involucra niños preescolares que aún no tienen suficientes competencias cognitivas o habilidades verbales desarrolladas para contar lo sucedido, lo que hace que se pueda perpetuar el abuso por un largo lapso de tiempo o lo que es peor, que el delito (y el agresor) quede impune. Otra dificultad que se tiene con el problema del abuso es que en la mayoría de los casos, hay una dificultad para comprobar que ha ocurrido algún tipo de abuso cuando no hay evidencia física, como en los casos en los que no hubo penetración y solo se presentan caricias, tocamientos, masturbaciones, conductas exhibicionistas o voyeristas (ésto es lo que se conoce como conductas sexuales abusivas), entre otras conductas difíciles de determinar (Echeburúa y Corral, 2006).

Continuando con las estadísticas sobre el abuso, se ha demostrado que en promedio, una de cada cuatro niñas (25%) y uno de cada ocho niños (12.5%) serán agredidos sexualmente antes de los 16 años de edad. Por lo que respecta al agresor, es importante decir que en el 90% de los casos, éste es hombre y que en más de un 80% de los casos, el agresor se trata de un conocido para el niño, lo que significa que el abuso sexual infantil generalmente se produce por personas cercanas al menor. Es frecuente encontrar que el abuso sexual ocurra durante un tiempo prolongado, incluyendo meses o años. También es importante mencionar que el ASI se presenta en todas las clases sociales y no solo en las clases socioeconómicas bajas, como se suele creer. Además, se ha encontrado que entre un 20-30% de las mujeres en general, alguna vez han sido abusadas sexualmente durante su infancia o adolescencia (Barreda, 2007).

Por otro lado, es necesario hablar también de las estadísticas que se presentan en niños que tienen algún tipo de discapacidad. Dicho esto, el abuso sexual es mucho más frecuente en este tipo de población, ya que por la discapacidad hay una menor probabilidad de que se revele el abuso, de manera que aumenta la probabilidad de que los niños con alguna discapacidad sean víctimas de ASI; por lo tanto, la prevalencia del ASI en este tipo de niños es mucho más elevada que la que se presenta en niños normales (Rivas, 2008). Sin embargo la frecuencia real del problema sigue siendo desconocida por la baja tasa de denuncias del abuso existentes en este tipo de población (Kennedy, 1996; Lumley y Miltenberger, 1997; Furey, Granfield y Karan, 1999; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002). Para Rivas (2008), la falta de denuncias sobre el abuso sexual en niños con discapacidad se debe a varios factores, pero el principal es el desconocimiento sobre “dónde”, “cuándo” y “cómo” se debe realizar la denuncia (además de las implicaciones que tiene la discapacidad a la hora de denunciar).

Como tal, el riesgo de abuso sexual en niños con discapacidad se duplica, en comparación con los niños que no sufren de ninguna discapacidad (Ammerman et al., 1994; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002). Se ha encontrado que el abuso sexual se da con más frecuencia en niñas con discapacidad, que en niños con discapacidad (Verdugo, Alcedo, Bermejo y

Aguado, 2002). Por su parte, los niños con retraso mental sufren de ASI con mayor frecuencia, cuando tienen edades comprendidas entre los 6 y 11 años (Furey et al., 1999; Sobsey y Mansell, 1997; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

Por lo que respecta a las personas que llevan a cabo los abusos en este tipo de niños, se ha encontrado que con frecuencia los agresores son los cuidadores o el personal que está en contacto directo y continuo con estos niños y una cuarta parte de los abusos hacia los niños discapacitados (entre un 14-33%), son realizados por sus cuidadores (Sobsey y Randall, 1997; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

Habiendo dicho todo lo anterior, se puede concluir que las estadísticas muestran que cada día aumenta más el número de casos de abuso sexual infantil, lo que produce en las víctimas, consecuencias a nivel individual, familiar y social. Además, el ASI atenta contra la estabilidad social, ya que genera su destrucción y promueve su vez, nuevos ciclos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los niños víctimas de este delito (Rodríguez, 2003).

Por lo que respecta a los casos de ASI, es importante la actuación de la psicología forense, ya que esta disciplina hace aportes fundamentales para la administración de justicia y presta sus servicios a diferentes tipos de profesionales, que intervienen en los procesos judiciales. En la mayoría de los casos, en el ámbito legal se necesitan informes periciales para poder establecer la credibilidad del testimonio infantil, si hay lesiones y/o secuelas psicológicas relacionadas, saber el tipo de tratamiento que se debe llevar a cabo y aportar sugerencias para la intervención psicológica de los niños víctimas de ASI; todas estas funciones las puede realizar un psicólogo forense (Rodríguez, 2007).

Para llevar a cabo la labor del psicólogo forense de la mejor forma posible en los casos de ASI, es importante que quienes trabajen con niños víctimas de este delito tengan una serie de competencias necesarias para eso; dentro de estas competencias están: tener una buena formación en psicología del desarrollo infantil (sobre todo en los procesos básicos como la atención, la memoria, el lenguaje, entre otros), saber cómo realizar correctamente un examen del estado mental del menor, hacer exploraciones psicopatológicas, tener un correcto uso de la clasificación diagnóstica internacional del

DSM-IV y la CIE 10, tener un buen manejo de los criterios estadísticos de las pruebas psicométricas, así como saber usar los criterios para administrar, calificar, analizar e interpretar las pruebas psicodiagnósticas; poder dominar los modelos clínicos de intervención, tener un correcto uso de las técnicas para determinar simulación, disimulación, distorsión y mentira y finalmente, tener amplias nociones sobre derecho probatorio, criminología, victimología y del Código de Procedimiento Penal Colombiano (Rodríguez, 2007).

En otro sentido, desde un principio se había dicho que una de las funciones del psicólogo forense era la de establecer las lesiones y secuelas psicológicas del ASI. Para poder llevar a cabo esta función, es indispensable determinar la sintomatología de las víctimas de ASI, pues el abuso sexual infantil se ha asociado con puntuaciones elevadas en depresión, conductas e ideas suicidas, ansiedad (como estado o como rasgo), comportamiento hipersexualizado, exhibicionismo, baja autoestima, estrés postraumático, problemas de concentración, retraso en el desarrollo, un cociente intelectual más bajo, problemas interpersonales, menor competencia social, agresividad, sentimientos de culpabilidad, vergüenza y pérdida de confianza, entre otros síntomas; por su parte, en la adolescencia la sintomatología del ASI se puede manifestar con conductas antisociales, huidas del hogar, consumo de alcohol o drogas, conducta hipersexualizadas, entre otros. En cuanto a este aspecto, es indispensable aclarar que los síntomas enunciados pueden variar de acuerdo a la persona y a la edad, así como es importante decir que a veces en los niños se pueden presentar algunos de estos síntomas y ser víctimas de abuso sexual, por eso es que hay que ser muy hábil para poder determinar si se está frente a un caso real de abuso o no. Además también se debe tener en cuenta que hay casos donde en los niños se presentan pocos síntomas o de hecho, que no se presente ninguno y estar siendo víctima de ASI (Feiring, Taska, Lewis 1999; citados por Cantón y Cortes, 2008).

Como en párrafos anteriores se había dicho, es importante que se tenga en cuenta que en algunos casos de ASI, la única prueba existente del abuso es el testimonio del propio menor, casos donde el testimonio es la prueba fundamental del delito. Por eso, como al ser psicólogos forenses es importante determinar el grado de credibilidad del testimonio infantil, determinar los daños psicológicos y determinar el

correspondiente tratamiento del menor. De esta manera, corresponde hacer un estudio exhaustivo de todas aquellas variables que intervienen en la evaluación, como las funciones superiores dentro de las que se encuentran los procesos como memoria, atención, lenguaje, desarrollo cognitivo, funciones ejecutivas, entre otros (Rodríguez, Moure y Pajón, 2008).

Se debe decir que en algunas ocasiones, dadas las características y las limitaciones de los niños como testigos, se pone en tela de juicio la credibilidad del testimonio de los niños, por la creencia que tienen los adultos de que los niños tienden a la fantasía, por su vulnerabilidad a la sugestión, por su dificultad para distinguir entre lo real y lo ficticio, por su poco desarrollo neurocognitivo y por la tendencia, intencionada o ingenua, a la falsedad en su declaración (Ceci y Toglia, 1987, citados por Diges y Alonso-Quecuty, 1994; citados por Rodríguez et al, 2008). Sin embargo, como en capítulos posteriores se demostrará, ésto no es del todo cierto (aunque a veces si se pueden encontrar algunas de estas limitaciones).

En este sentido, es fundamental la presencia de un neuropsicólogo forense, ya que su tarea en el campo de lo penal puede ser de utilidad en la determinación del estado mental de algunos individuos, tanto de los que han cometido un delito, como de los que han sido víctimas de uno. La evaluación neuropsicológica forense tendría como objetivo (en el caso de esta investigación), valorar la posibilidad de que el abuso genere efectos o alteraciones de tipo neuropsicológicos en el menor, que se pueden entrar a evaluar, así como puede entrar a valorar las funciones superiores de los niños (memoria, atención, lenguaje, etc.) que son factores que influyen determinadamente durante la evaluación del ASI. También la evaluación neuropsicológica forense puede valorar la posibilidad de que exista una disfunción cerebral que afecte a un acusado que haya cometido un delito o la disfunción cerebral en la víctima, así como puede determinar el estado mental del acusado y de la víctima en el momento del juicio, entre otras cosas (Sánchez Caro, 1992; Puente, Iruarriazaga y Muñoz Céspedes, 1995; Pritchard, 1997; citado por Iruarriazaga, 1999).

Para poder llevar a cabo las funciones que se acaban de mencionar, se hace necesario utilizar de una manera integral y oportuna, las técnicas más especializadas para abordar los posibles casos de daño o de disfunción cerebral, así como también

explicar la organización cerebral de los procesos cognoscitivos-comportamentales y sus alteraciones, desde la neuropsicología (Ardila y Rosselli, 2007). Lo anterior se puede aplicar a los casos de abuso sexual infantil, con el fin de aportar pruebas validas y confiables al proceso penal, siendo en parte ésta la propuesta que se quiere realizar con la presente investigación (aportar criterios neuropsicológicos para crear pruebas validas y confiables a la hora de evaluar el ASI).

La neuropsicología forense puede aportar en los casos de abuso sexual infantil los siguientes aspectos: tener un conjunto de técnicas consideradas cada vez más específicas, diferenciadas y sensibles, para realizar de una forma confiable la identificación de la existencia de una alteración o trastorno neuropsicológico, establecer su etiología, su descripción, el establecimiento de su relación con el sistema nervioso central y la recomendación de futuras evaluaciones y tratamientos (Peña, 1983; Kolb y Wishaw, 1985; Ellis y Young, 1992 y Junqué y Barroso, 1994; citados por Jarne, 2005).

Otro aspecto que justifica esta investigación, es que en Colombia la figura del neuropsicólogo forense no tiene un reconocimiento en el ámbito legal, por el desconocimiento que tienen los diferentes actores procesales (juez, fiscal, defensa, ministerio público, representante de las victimas) de su objeto de estudio; de esta forma, lo que también buscaría esta investigación, es demostrar la importancia que podría tener el neuropsicólogo forense en el contexto legal, como más adelante se señalará.

Adicionalmente, esta investigación quiere mostrar que el ASI no solo puede generar daños psicológicos, sino que también puede producir una serie de secuelas neuropsicológicas, que influyen en el desarrollo cognitivo, comportamental, emocional y social del niño.

En relación con lo anterior, se puede decir que la presente investigación pretende dar respuesta a un vacío de conocimiento, respecto a los protocolos de evaluación sobre abuso sexual infantil (Rodríguez, Moure y Pajón, 2008), que no tienen en cuenta los aportes y avances que desde la neuropsicología se puede dar, como en aspectos tales como la atención, memoria, procesamiento de la información, lenguaje, desarrollo cognitivo, funciones ejecutivas y los posibles daños neuropsicológicos como las alteraciones del sistema límbico (hipocampo y amígdala principalmente), de los lóbulos

frontales, del cerebelo y de muchas otras estructuras cerebrales, así como también las alteraciones de algunos neurotransmisores implicados.

Escobar (S.F.) afirma que la psicología busca generar aportes e instrumentos que favorezcan al testimonio. En este sentido, esta investigación tiene este propósito, generando una propuesta de criterios neuropsicológicos para la creación de futuros protocolos, con el fin de mejorar los que ya existen y para crear protocolos más óptimos, que evalúen los casos de ASI

Para poder llevar a cabo este objetivo, se realizará una revisión documental sobre la literatura científica de la neuropsicología y de la neuropsicología forense (en la medida en que se encuentre información sobre esta disciplina, ya que apenas está surgiendo), así como también en lo posible, se tratará de encontrar literatura sobre el marco legal en el que se suscribe la actividad del neuropsicólogo forense en Colombia en calidad de perito, donde se visualiza un panorama general del rol que desempeñaría en los casos de ASI en la justicia penal colombiana y de esta manera, se pueda comprender los presupuestos teóricos, metodológicos e instrumentales con los que cuenta la neuropsicología, para intervenir en el campo del derecho probatorio en Colombia.

Habiendo hecho el planteamiento del problema acerca del abuso sexual infantil y habiendo expuesto los argumentos que justifican la presente investigación, la pregunta problema es la siguiente: ¿Cuáles podrían ser los criterios para la evaluación neuropsicológica forense en los casos de Abuso Sexual Infantil en Colombia? Respondiendo a esta pregunta de investigación se pueden establecer los criterios que desde la neuropsicología forense se aporta a los casos de ASI en Colombia, además de convertirse en una herramienta probatoria y decisiva para la administración de justicia.



## 0. 2. Objetivos

### 0.2.1. Objetivo General

Establecer los aportes de la neuropsicología forense, para la construcción de unos criterios que se tengan en cuenta, a la hora de evaluar casos de abuso sexual infantil en Colombia.

### 0.2.2. Objetivos Específicos

Hacer una revisión de la literatura científica nacional e internacional, sobre los aportes de la neuropsicología forense en los casos de abuso sexual infantil.

Aplicar las categorías de análisis: la de secuelas neuropsicológicas y la de credibilidad del testimonio infantil.

Dar a conocer los aportes de la neuropsicología en la evaluación psicológica forense, en los casos de abuso sexual infantil en Colombia.

Señalar el papel que el neuropsicólogo forense puede tener en los casos de abuso sexual infantil en Colombia.

## 1. Metodología

### 1.1. Diseño

Para la realización de este estudio de carácter documental, se realizará un estado del arte, eligiendo este método de investigación debido a que se acopla a los objetivos propuestos, ya que la investigación documental es aquella que se realiza a través de la consulta de diferentes tipos de documentos (revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, entre otros) (Zorrilla, 1993).

Un estado del arte, según Cázares y Col. (1991), se da al analizar la producción investigativa, hacer un estado del conocimiento, que permite reflexionar y comprender un objeto de estudio, así como caracterizar la reflexión sobre un tema, sus avances, tendencias, vacíos y potencialidades. Igualmente plantea que el proceso consiste en “hilar indicios de muchos puntos” e indagar, para determinar desde dónde se está produciendo el conocimiento, a qué nivel se ha llegado, las características que ha tenido, cuáles han sido las líneas de interés y los niveles de desarrollo.

Por su parte, Cifuentes (1998, citado por Álvarez, S.F.) dice que el estado del arte se construye basándose en el análisis de documentos como fuente de información; su objeto, es la producción sistemática de conocimiento, por ello el presente estudio se ubica en el marco de la investigación documental, que ha cobrado auge en la actualidad dada la velocidad de producción de conocimiento.

Para Cázares y Col. (1991), la investigación documental es aquella que depende de la recolección o consulta de información por medio de documentos, entendiéndose este término como, “todo material de índole permanente, es decir, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar, sin que se altere su naturaleza o sentido, para que aporte información o rinda cuentas de una realidad o acontecimiento” (p.18).

## 1.2. Procedimiento

El procedimiento que sigue una investigación de este corte, según Cifuentes (1998, citado por Álvarez, S.F.), consiste inicialmente en una fase de rastreo o inventario, en la cual se recogen la información de los diferentes tipos de documentos. En segundo lugar, se ordena y organiza la información en una fase analítica, como forma de preparación para el proceso comprensivo. Tercero, se revisa y analiza críticamente la información con el fin de poder discutir y formular argumentos descriptivos. Por último, está la fase interpretativa, en la cual se plantean supuestos y se van creando afirmaciones.

Como ya se había dicho, en esta investigación se presentarán cinco capítulos, con el fin de dar cuenta de los puntos anteriores. Los capítulos estarán organizados de la siguiente manera:

Capítulo I: Aspectos Legales y Normativos del ASI; en este capítulo se tendrá en cuenta lo que dice la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, los Derechos del Niño, la Constitución Política de Colombia, el Código Penal y de Procedimiento Penal, así como también sobre cómo es considerada la pericia dentro del ámbito jurídico penal en Colombia, desde el Sistema Penal Acusatorio y quiénes pueden ser peritos en el Sistema Judicial en materia penal, para finalizar con el Código Deontológico de los Psicólogos o Ley 1090.

Capítulo II: Abuso Sexual Infantil; en este capítulo se comenzará con lo relacionado a la sexualidad infantil y después se desarrollará todo lo relacionado con el abuso sexual infantil, como su definición, el tipo de agresores y de abuso, las características del abusador, las características de las madres de los niños víctimas de abuso sexual, las características de los niños víctimas de ASI, las características de las familias de los niños víctimas de ASI, los factores que predisponen al abuso y los efectos más comunes producidos a partir del abuso (secuelas psicológicas) y al final de este capítulo se hará especial énfasis al estrés postraumático (TEPT).

Capítulo III: Psicología Forense; en este capítulo se comenzará por definir que es la psicología forense y se continuará con todo lo relacionado al peritaje, como el papel del psicólogo como perito, las funciones del psicólogo forense, el informe pericial, el

papel del psicólogo forense en los casos ASI, cómo se debe realizar la entrevista en los casos de ASI, la valoración de la credibilidad del testimonio infantil, la distinción entre fantasía y realidad por parte de los niños, el desarrollo de los conceptos de verdad y mentira en los niños, los menores en el acto del juicio oral y para terminar, la definición de los conceptos de “daño psíquico”, “lesión psíquica”, “secuela psicológica”, “causa”, “concausa”, “complicación”, “estado anterior “ y “vulnerabilidad”, que son importantes para este capítulo.

Capítulo IV: Aportes de la Neuropsicología Forense en los casos de ASI; en este capítulo se hablará primero sobre las definiciones de la neuropsicología (clínica) y la neuropsicología forense, para seguir con el papel del neuropsicólogo forense, la evaluación neuropsicológica forense y el informe pericial de la neuropsicología forense en un primer momento. En una segunda parte, se hablará de las categorías de análisis, es decir, la de “secuelas neuropsicológicas del ASI”, donde se hablará sobre la ansiedad, el TEPT, la depresión, el trastorno de la personalidad esquizoide, la agresividad e impulsividad, la memoria traumática, la amnesia y otras secuelas neuropsicológicas) y la categoría de análisis de la “credibilidad de testimonio infantil”, donde se hablará del testimonio, de las variables que se deben considerar en la evaluación de la credibilidad del testimonio, de los niños como testigos y especificará cada uno de los procesos neuropsicológicos importantes a la hora de evaluar la credibilidad del testimonio, como la atención, la memoria, el procesamiento de la información, el lenguaje, el desarrollo cognitivo y las funciones ejecutivas.

Capítulo V: Propuesta de Criterios Neuropsicológicos para la Evaluación del ASI; en este capítulo se compilarán los criterios neuropsicológicos que deben tenerse en cuenta a la hora de construir protocolos para la evaluación del ASI (como lo son los criterios sobre el proceso de atención, memoria, procesamiento de la información, lenguaje, desarrollo cognitivo y funciones ejecutivas), aunque también se tendrán en cuenta criterios que no son específicamente neuropsicológicos, pero que son fundamentales para evaluar el abuso (como la sugestionabilidad, la distinción entre realidad-fantasía y el desarrollo de los conceptos de verdad-mentira).

## 2. Revisión Bibliográfica

Como anteriormente se había dicho, en el presente estudio se desarrollan los ejes temáticos en cinco capítulos, con el fin de dar cuenta de los puntos anteriores. Los capítulos estarán organizados de la siguiente manera:

Capítulo I: Aspectos Legales y Normativos del ASI; en este capítulo se tendrá en cuenta lo que dice la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, los Derechos del Niño, la Constitución Política de Colombia, el Código Penal y de Procedimiento Penal, así como también sobre cómo es considerada la pericia dentro del ámbito jurídico penal en Colombia, desde el Sistema Penal Acusatorio y quiénes pueden ser peritos en el Sistema Judicial en materia penal, para finalizar con el Código Deontológico de los Psicólogos o Ley 1090.

Capítulo II: Abuso Sexual Infantil; en este capítulo se comenzará hablando en primer lugar sobre la sexualidad infantil, qué se entiende por ésta, su importancia para esta investigación y las manifestaciones sexuales en los niños; después se hablará de todo lo relacionado con el abuso sexual infantil, comenzando por sus variadas definiciones, el tipo de agresores y de abuso, las características del abusador, las características de las madres de los niños víctimas de abuso sexual, las características de los niños víctimas de ASI, así como también las características de las familias en las que se puede presentar el ASI, los factores del contexto social que predisponen al abuso, los métodos empleados por parte del agresor en el ASI, las formas en las que se puede presentar el abuso (el tipo de comportamientos abusivos), la revelación del ASI y las consecuencias derivadas de dicha revelación y finalmente, se desarrollarán las consecuencias o efectos más comunes producidos a partir del abuso, es decir, las secuelas psicológicas, para terminar con una de las secuelas más frecuentes, el trastorno de estrés postraumático (TEPT.)

Capítulo III: Psicología Forense; este capítulo comenzará con su definición y se seguirá con todo lo relacionado con el peritaje, como el papel del psicólogo como perito, las funciones del psicólogo forense, el proceso penal, el informe pericial, el rol del psicólogo en la evacuación del ASI, la evaluación pericial en el ASI, el diagnóstico del ASI, las formas como se debe realizar la evaluación del ASI, algunos aspectos para

tener en cuenta en la evaluación del ASI, la valoración de la credibilidad del testimonio infantil, las distintas formas en las que se puede analizar la credibilidad, algunas recomendaciones para la evaluación del ASI, la sugestionabilidad, la distinción entre realidad y fantasía en los niños, el desarrollo conceptos de verdad y mentira en los niños, la presencia de los niños en el acto del juicio oral y la definición de conceptos importantes como daño psíquico”, “lesión psíquica”, “secuela psicológica”, “causa”, “concausa”, “complicación”, “estado anterior “ y “vulnerabilidad”.

Capítulo IV: Aportes de la Neuropsicología Forense en los casos de ASI; se comenzará hablando, en una primera parte, sobre las definiciones de la neuropsicología clínica y la neuropsicología forense, para después hablar sobre el papel del neuropsicólogo forense, de la metodología e instrumentación de la neuropsicología forense, la evaluación neuropsicológica forense y el informe pericial de la neuropsicología forense. En una segunda parte del capítulo, se hablará de las categorías de análisis mencionadas en los objetivos; la primera de ellas es la de “secuelas neuropsicológicas del ASI”, donde se hablará sobre la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, el trastorno de la personalidad esquizoide, la agresividad e impulsividad, la memoria traumática, la amnesia y por último, otras secuelas neuropsicológicas en general; la segunda categoría es la de “credibilidad del testimonio infantil”, donde se hablará del testimonio, de las variables que se deben considerar en la evaluación de la credibilidad del testimonio, de los niños como testigos y finalmente de los procesos de atención, memoria, procesamiento de la información, lenguaje, desarrollo cognitivo y funciones ejecutivas.

Capítulo V: Propuesta de Criterios Neuropsicológicos para la Evaluación del ASI; en este último capítulo se desarrollará la propuesta con los criterios que se deberían tener en cuenta desde los aportes de la neuropsicología, que busca mejorar la realización de la evaluación de niños víctimas de abuso sexual infantil.

Capítulo I: Aspectos legales y Normativos del ASI

En el presente capítulo se mencionarán los aspectos legales del abuso sexual infantil, basándose en lo estipulado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en los Derechos del Niño, en la Constitución Política

de Colombia, en el Código Penal y de Procedimiento Penal, así como también sobre cómo es considerada la pericia dentro del ámbito jurídico penal en Colombia, desde el Sistema Penal Acusatorio y desde el Sistema Judicial que determinan quiénes pueden ser peritos en materia penal, para finalizar con lo que se estipula en el Código Deontológico de los Psicólogos (o Ley 1090).

En primer lugar se debe decir que la niñez a lo largo de la historia, ha sido valorada de diferentes maneras; una de estas formas es la que consideraba que los niños eran como “adultos pequeños” y que éstos, carecían de derechos. Es hasta el siglo XIX que se reconoce que los niños tienen unos derechos propios, actitud que poco a poco se va generalizando, de manera que la niñez comenzó a valorarse desde otro punto de vista. En 1924 se proclama entonces en Ginebra, los Derechos del Niño que en 1959 fueron reconocidos por las Naciones Unidas y en 1989 se crea, por primera vez en la ONU, la Convención de los Derechos del Niño (Torres, 2006).

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, se proclamó que la infancia tiene derecho a unos cuidados y a una asistencia especiales, convencidos de que la familia (como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, particularmente de los niños y niñas) debe aportar la protección y asistencia necesarias, para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, proporcionándole a los niños, un desarrollo de su personalidad plena y armoniosa, para crecer en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, considerando que los niños deben estar plenamente preparados para una vida independiente en sociedad y ser educados en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2000).

Asimismo, se debe tener presente que debe haber una necesidad de proporcionarle a los niños una protección especial, que se enuncia en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959 y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar de los niños (Comité Internacional de Ginebra, 1989).

Antes de continuar con la Declaración de los Derechos del Niño, es importante destacar lo que se entiende por abuso sexual infantil, según lo que plantea Save The Children (1998-2004). De esta forma, el ASI puede entenderse como cualquier contacto o interacción entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente, para estimular al niño o a otra persona. También el ASI puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.

En la Declaración de los Derechos del Niño, se plantea que por la falta de madurez física y mental del menor, éste necesita de protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. Es importante tener en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso de los niños, así como también el reconocimiento de la importancia de la cooperación internacional, para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas en todos los países. Se ha convenido dentro de su acuerdo, dos artículos que para el presente estudio son de gran relevancia (Comité Internacional de Ginebra, 1989):

#### Artículo 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexual. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;



c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

#### Artículo 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Se desarrollo el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño (entrado en vigor el 18 de enero de 2002) relativo a la venta de niños y niñas, la prostitución infantil y la utilización de niños y niñas en la pornografía, con el fin de ampliar las medidas que deben adoptar los Estados Partes, a fin de garantizar la protección de los menores contra la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, todos los anteriores comprendidos desde lo que implica el abuso sexual infantil a nivel mundial (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2000).

Actualmente hay una gran preocupación por la disponibilidad cada vez mayor de pornografía infantil en internet y otros medios tecnológicos. Por eso, será más fácil erradicar la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, si se adopta un enfoque global que permita hacer frente a todos los factores que contribuyan a ello, en particular el subdesarrollo, la pobreza, la desigualdad económica, las estructuras socioeconómicas no equitativas, la disfunción de las familias, la falta de educación, la migración del campo a la ciudad, la discriminación por motivos de sexo, el comportamiento sexual irresponsable de los adultos, las prácticas tradicionales nocivas, los conflictos armados y la trata de niños. Por ello, se deben hacer esfuerzos por sensibilizar al público, a fin de reducir el mercado de consumidores que lleva a la venta de niños, la prostitución infantil y la

utilización de niños en la pornografía. En este sentido, son importantes los siguientes artículos, ya que permiten ver los compromisos sociales por parte de cada país, para la protección y atención a los menores (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2000).

## Artículo 8

1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para proteger en todas las fases del proceso penal los derechos e intereses de los niños víctimas de las prácticas prohibidas por el presente Protocolo y, en particular, deberán:

a) Reconocer la vulnerabilidad de los niños víctimas y adaptar los procedimientos de forma que se reconozcan sus necesidades especiales, incluidas las necesidades especiales para declarar como testigos; b) Informar a los niños víctimas de sus derechos, su papel, el alcance, las fechas y la marcha de las actuaciones y la resolución de la causa; c) Autorizar la presentación y consideración de las opiniones, necesidades y preocupaciones de los niños víctimas en las actuaciones en que se vean afectados sus intereses personales, de una manera compatible con las normas procesales de la legislación nacional; d) Prestar la debida asistencia durante todo el proceso a los niños víctimas; e) Proteger debidamente la intimidad e identidad de los niños víctimas y adoptar medidas de conformidad con la legislación nacional para evitar la divulgación de información que pueda conducir a la identificación de esas víctimas; f) Velar por la seguridad de los niños víctimas, así como por la de sus familias y los testigos a su favor, frente a intimidaciones y represalias; g) Evitar las demoras innecesarias en la resolución de las causas y en la ejecución de las resoluciones o decretos por los que se conceda reparación a los niños víctimas.

2. Los Estados Partes garantizarán que el hecho de haber dudas acerca de la edad real de la víctima no impida la iniciación de las

investigaciones penales, incluidas las investigaciones encaminadas a determinar la edad de la víctima.

3. Los Estados Partes garantizarán que en el tratamiento por la justicia penal de los niños víctimas de los delitos enunciados en el presente Protocolo, la consideración primordial a que se atienda sea el interés superior del niño.

4. Los Estados Partes adoptarán medidas para asegurar una formación apropiada, particularmente en los ámbitos jurídico y psicológico, de las personas que trabajen con víctimas de los delitos prohibidos en virtud del presente Protocolo.

5. Los Estados Partes adoptarán, cuando proceda, medidas para proteger la seguridad e integridad de las personas u organizaciones dedicadas a la prevención o la protección y rehabilitación de las víctimas de esos delitos.

6. Nada de lo dispuesto en el presente artículo se entenderá en perjuicio de los derechos del acusado a un juicio justo e imparcial, ni será incompatible con esos derechos.

Dado los derechos internacionales, la Constitución Política de Colombia acoge los principios y el constituyente de 1991, al consagrar que el Estado Social de Derecho contempla la necesidad de: "... especificar los derechos del grupo humano más vulnerable -la población infantil-, ya que por carecer de dichos derechos de significado dentro de la vida política, económica, social y cultural se han establecido desigualdades y, en gran medida, se han forjado los cimientos de la actual violencia"(Gaceta Constitucional, 1991).

En estos términos, la Constitución Política de Colombia de 1991 (citada por UNICEF, 2005), en su artículo 44 consagra que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás y adicionalmente señal al Estado, a la sociedad y a la familia, como responsables directos de su protección y que deben garantizar su desarrollo armónico e integral, recogiendo plenamente la filosofía y el marco doctrinario de la convención internacional, sobre los derechos del niño.

#### Artículo 44

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás” (Constitución Política de Colombia, 1991).

#### Artículo 20

“Derechos de protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

Numeral 4, la violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad (Nueva Ley de Infancia y la Adolescencia en Colombia, 2006).”

#### Artículo 150

“Práctica de testimonios. Los niños, las niñas y los adolescentes podrán ser citados como testigos en los procesos penales que se adelanten contra los adultos. Sus declaraciones solo las podrá tomar el defensor de familia con cuestionario enviado previamente por el

fiscal o el juez. El defensor sólo formulará las preguntas que no sean contrarias a su interés superior.

Excepcionalmente, el juez podrá intervenir en el interrogatorio del niño, la niña o el adolescente para conseguir que este responda a la pregunta que se le ha formulado o que lo haga de manera clara y precisa. Dicho interrogatorio se llevará a cabo fuera del recinto de la audiencia y en presencia del defensor de familia, siempre respetando sus derechos prevalentes.

El mismo procedimiento se adoptará para las declaraciones y entrevistas que deban ser rendidas ante la Policía Judicial y la Fiscalía durante las etapas de indagación o investigación.

A discreción del juez, los testimonios podrán practicarse a través de comunicación de audio video, caso en el cual no será necesaria la presencia física del niño, la niña o el adolescente (Nueva Ley de Infancia y la Adolescencia en Colombia, 2006).”

#### Artículo 199

“Beneficios y mecanismos sustitutivos. Cuando se trate de los delitos de homicidio o lesiones personales bajo modalidad dolosa, delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, o secuestro, cometidos contra niños, niñas y adolescentes, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Si hubiere mérito para proferir medida de aseguramiento en los casos del artículo 306 de la Ley 906 de 2004, esta consistirá siempre en detención en establecimiento de reclusión. No serán aplicables en estos delitos las medidas no privativas de la libertad, previstas en los artículos 307, literal b), y 315 de la Ley 906 de 2004.
2. No se otorgará el beneficio de sustitución de la detención preventiva en establecimiento carcelario por la de detención en el lugar de residencia, previsto en los numerales 1 y 2 del artículo 314 de la Ley 906 de 2004.

3. No procederá la extinción de la acción penal en aplicación del principio de oportunidad previsto en el artículo 324, numeral 8, de la Ley 906 de 2004 para los casos de reparación integral de los perjuicios.
4. No procederá el subrogado penal de Suspensión Condicional de la Ejecución de la Pena, contemplado en el artículo 63 del Código Penal.
5. No procederá el subrogado penal de Libertad Condicional, previsto en el artículo 64 del Código Penal.
6. En ningún caso el juez de ejecución de penas concederá el beneficio de sustitución de la ejecución de la pena, previsto en el artículo 461 de la Ley 906 de 2004.
7. No procederán las rebajas de pena con base en los “preacuerdos y negociaciones entre la fiscalía y el imputado o acusado”, previstos en los artículos 348 a 351 de la Ley 906 de 2004.
8. Tampoco procederá ningún otro beneficio o subrogado judicial o administrativo, salvo los beneficios por colaboración consagrados en el Código de Procedimiento Penal, siempre que esta sea efectiva” (Nueva Ley de Infancia y la Adolescencia en Colombia, 2006).

Presentados los artículos pertinentes para esta investigación, es importante hablar sobre los principios “como normas de optimización”, es decir, aquellas observancias que proveen las bases para aplicarse a las instituciones constitucionales, articulándolas con las normas ordinarias. Dichos principios, en particular, el Código de Procedimiento Penal se encuentra consagrado en el “artículo 1” como principio fundamental de un Estado Social de Derecho, asimismo plasmado en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y demás Pactos Internacionales. La Dignidad Humana se comprende como una cualidad indisoluble del ser humano que es protegido por el Estado, mediante el reconocimiento de una calidad de vida plena, entendiéndose como tal, la necesidad de tener unas mínimas condiciones físicas, psíquicas y espirituales que permitan el desarrollo digno de la persona (Alexy, 2006; citado por el Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes, 2008).

Por otra parte, por lo que respecta al Código Penal Colombiano, éste habla sobre los delitos sexuales bajo la denominación de “delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, dentro de los que se encuentran el acceso carnal violento (artículo 205), el acto sexual violento (artículo 206), el acceso carnal violento o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (artículo 207), el acceso carnal abusivo con menor de 14 años (artículo 208), los actos sexuales con menor de 14 años (artículo 209), el acceso carnal o actos sexuales abusivo con incapacidad de resistir (artículo 210), las circunstancias de agravación punitiva (artículo 211) y el acceso carnal (artículo 212) (Código Penal y de Procedimiento Penal, 2004).

Los artículos 205, 206 y 207, son los artículos que corresponden al capítulo primero, el cual es el “de la Violación”. Cuando se habla de violación se tienen en cuenta el uso de la fuerza física o de la violencia, es decir, la violación es obtenida mediante la fuerza y la intimidación, que pretende reducir el rechazo por parte de la víctima, incidiendo sobre el ánimo y la libertad psíquica de la persona, que termina cediendo a las pretensiones sexuales requeridas (Código Penal y de Procedimiento Penal, 2004; citado por Jiménez, 2006).

El artículo 205 es el de “Acceso carnal violento”, por el cual se entiende como la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto. El artículo 206 es el “Acto sexual violento”, por el cual se entiende realizar en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia. El artículo 207 es el de “Acceso carnal violento o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir”; esta conducta abarca el acceso carnal y acto sexual; en esta modalidad, el sujeto activo ejecuta un acto sexual sobre otro, que ha sido puesto en incapacidad de resistir, en estado de inconsciencia o en condiciones de inferioridad psíquica, que le impiden comprender la relación sexual o dar su consentimiento (Código Penal y de Procedimiento Penal, 2004; citado por Jiménez, 2006).

Los artículos 208, 209 y 210, son los artículos que corresponden al capítulo segundo, el cual es el “de los Actos Sexuales Abusivos”, que corresponden a actos como el acceso carnal abusivo con menor de catorce años, los actos sexuales diversos de acceso carnal igualmente con menor de catorce años y el acceso carnal o acto

sexual abusivos con incapacidad de resistir. El artículo 208 es el de “Acceso Carnal Abusivo con Menor de catorce años”, que se presenta cuando el agresor se aprovecha del menor que está en una posición de inferioridad y no hay resistencia por parte del menor, de manera que no se requiere desplegar ninguna fuerza para obtener su propósito, porque el menor ha consentido el hecho. El artículo 209 es el de “Actos Sexuales con Menor de catorce años”, en el que hay tres modalidades de conducta que puede revestir este delito, que son el realizar actos sexuales diversos del acceso carnal, con persona menor de catorce años, realizar esta misma clase de actos en presencia del menor e inducir al menor a prácticas sexuales. El artículo 210 es el de “Acceso Carnal o Actos Sexuales Abusivos con Incapacidad de Resistir”, que se da cuando se accede carnalmente a una persona en estado de inconsciencia, que padezca un trastorno mental, que este en incapacidad de resistir o se realiza en tales personas actos sexuales diversos del acceso carnal (Código Penal y de Procedimiento Penal, 2004; citado por Jiménez, 2006).

Los artículos 211 y 212, son los artículos que corresponden al capítulo tercero, el cual es el “de Disposiciones Comunes a los Capítulos Anteriores”. El artículo 211 es el de “Circunstancias de Agravación Punitiva”, que hace que se aumente la pena ya que son conductas agravantes; dentro de estas conductas se encuentra que el acto o conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas; que el responsable tuviere cualquier tipo de carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza; que se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual; que se realizare sobre persona menor de catorce años; que se realizare sobre el conyugue o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado o con la persona con quien se haya procreado un hijo; que se produjere un embarazo y cuando la víctima fuere una persona de la tercera edad o disminuido física, sensorial o psíquicamente. El artículo 212 es el de “Acceso carnal”, el cual ya se ha definido en el artículo 205 (Código Penal y de Procedimiento Penal, 2004; citado por Jiménez, 2006).

A continuación se va a hablar sobre cómo es considerada la pericia dentro del ámbito jurídico penal en Colombia, desde el Sistema Penal Acusatorio y quiénes pueden ser considerados como peritos en el Sistema Judicial en materia penal, para



finalizar con lo establecido en el Código Deontológico de los Psicólogos o Ley 1090, en el cual está el marco de actuación de los psicólogos. Dicho esto, frente a las disposiciones que soportan el Sistema Mixto (Ley 600/2000), el peritaje está acogido como un medio de prueba según el artículo 233, en la etapa instructiva del proceso penal (Rodríguez y Esmeral, 2008).

Según el Sistema Penal Acusatorio y según Ley 906 de 2004, la actividad pericial inicia desde la oficiosidad de la Policía Judicial, quien procura resguardar y analizar los elementos materiales de prueba, que puede remitir para que sean almacenados en los laboratorios, para que sean analizados por investigadores expertos (reconocidos también como peritos por el artículo 406 de la Ley 906/2004) y para que se analice el elemento, frente a los principios técnicos y científicos aplicados dentro de su pericia, así como los resultados de ello, para que el Fiscal pueda construir la teoría del caso. Como consecuencia del análisis realizado en la etapa de indagación o como requerimiento ante la procedencia de una valoración en el Juicio Oral, el Juez de Conocimiento recibirá en el estrado, a los peritos llamados por las partes, para dar cuenta de los elementos puestos a su disposición, de acuerdo a su experiencia y saber (Rodríguez y Esmeral, 2008).

El Sistema Judicial dice que puede ser perito en materia penal, todo servidor público que tenga el título legalmente reconocido en la respectiva ciencia, técnica o arte o también personas que tengan un reconocido entendimiento de la respectiva ciencia, técnica u oficio. Asimismo, personas particulares pueden ser peritos, si tienen una de las características antes mencionadas, para lo cual es nombrado en forma especial y posesionado para tal fin, en lo que a la Ley 600/2000 compete (Rodríguez y Esmeral, 2008).

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (según lo establecido por la Ley y en el estatuto orgánico de la Fiscalía General de Nación), prestará auxilio y apoyo técnico científico en las investigaciones desarrolladas por la Fiscalía General de la Nación y los Organismos con funciones de Policía Judicial. Igualmente, lo hará con el imputado o su defensor cuando éstos lo soliciten. También dentro de la práctica de prueba en el juicio oral, la Ley expresa que en materia de prueba pericial prestan servicio de perito, los expertos de la policía judicial, del Instituto Nacional de Medicina

Legal y Ciencias Forenses, entidades públicas o privadas y particulares especializados en la materia de que se trate, bajo la gravedad del juramento (Rodríguez y Esmeral, 2008).

Respecto al perito en materia de psicología, se puede decir que pueden cumplir funciones de perito dentro de cualquier proceso penal, todos los psicólogos que tengan cargos con funciones de Policía Judicial (entendiéndose como esa función constitucional otorgada a ciertas instituciones como apoyo investigativo y técnico científico a las autoridades judiciales) y que hayan sido designados para tal fin, así como los peritos y profesionales en psicología adscritos a cualquier órgano técnico-científico (Rodríguez y Esmeral, 2008).

De todo lo mencionado anteriormente, se puede concluir que es perito oficial según las leyes de nuestro país, todo servidor público que tenga un título legalmente reconocido en la respectiva ciencia o técnica, expertos de la policía judicial, del Instituto Nacional de Medicina Legal y de Ciencias Forenses; por lo que respecta a la psicología, todos aquellos que pueden cumplir las funciones de perito, dentro de cualquier proceso penal, como todos aquellos psicólogos que tengan cargos con funciones de Policía Judicial y que hayan sido designados para ello (Rodríguez y Esmeral, 2008).

Por otro lado, tanto para Colombia como para otros países, el testimonio es uno de los medios probatorios por excelencia y si no existen más indicios, es tan válido como cualquier otra prueba, para que el Juez lo valore y tome una decisión. Es importante anotar que en este tema en particular, el estudio que un psicólogo puede realizar para evaluar el nivel de confiabilidad de un testimonio tiene su fundamento jurídico, en los artículos 403 y 404 del Código de Procedimiento Penal, que se refiere a analizar los testimonios y su nivel de veracidad o falsedad del testigo, así como las contradicciones de su declaración (Rodríguez y Esmeral, 2008).

Por último y como se había dicho, es relevante establecer el marco de actuación de los profesionales según lo estipulado en el Código Deontológico de los Psicólogos y de la Ley 1090 del 2006 (Rodríguez, et al., 2008):

Artículo 1. Responsabilidad: los psicólogos deben mantener los más altos estándares en su profesión al momento de ofrecer sus servicios y

deberán aceptar las consecuencias de sus actos, así como también poner todo el empeño para asegurar que sus servicios se usen correctamente

Artículo. 2. Competencia: todos los psicólogos que están interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo, comparten una responsabilidad por el mantenimiento de altos estándares de competencia. Deberán reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas; también solo prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales estén cualificados. En las áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, deberán tomar las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios y deberán mantenerse actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

Artículo 5. Confidencialidad: los psicólogos tienen una obligación básica respecto de la confidencialidad de la información que les proporcionen las personas con las que trabaja. Solo se podrá revelar tal información con el consentimiento de la persona o del representante legal de esta, excepto si en caso de no hacerlo, llevaría a un evidente daño a la persona o a otros. También deben informar a sus usuarios, las limitaciones legales de la confidencialidad.

Artículo 8. Evaluación de técnicas: en el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente; deberán evitar el uso indebido de los resultados de la evaluación; respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas, las bases de sus conclusiones y recomendaciones; se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación, dentro de los límites de los mandatos legales y finalmente, harán lo posible para garantizar el uso debido de las técnicas de evaluación.

Artículo 36. Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional: el psicólogo profesional tendrá, además, las siguientes obligaciones: a) hacer el uso apropiado del material psicotécnico cuando se necesite, guardando el rigor ético y metodológico para su debido manejo; b) rehusar hacer evaluaciones a personas cuya problemática no corresponda a su campo de conocimientos o no cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo; c) remitir a un profesional competente cualquier caso que desborde su campo de conocimientos o intervención; d) evitar las rotulaciones de acuerdo a los resultados de los procesos de evaluación y a los diagnósticos definitivos; e) utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas; f) notificar a las autoridades competentes, los casos que comprometan la salud pública, la salud o seguridad del consultante, de su grupo, de la institución o de la sociedad; g) respetar la libre elección que el usuario haga para solicitar sus servicios o el de otros profesionales; h) ser responsable de los procedimientos de intervención que decida utilizar, los cuales tendrán que ser registrados en la historia clínica, ficha técnica o archivo profesional con su debido soporte y sustentación; i) no practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, del acudiente en casos de menores de edad, finalmente deberá comunicar al usuario las intervenciones que se practicarán, el debido sustento de esas intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance.

En el presente capítulo se hizo una descripción de los aspectos legales y normativos del ASI, hablando de la concepción que se tenía sobre los niños, de los Derechos Humanos y los Derechos del niño, haciendo mención de los artículos más importantes de la Constitución Política de Colombia, que tienen que ver con la población infantil y con el abuso sexual infantil, importantes para esta investigación, así

como se habló sobre cada uno de los artículos del Código Penal y de Procedimiento Penal que tienen que ver con la violación o acceso carnal y con los actos sexuales abusivos, para finalmente hablar sobre cómo se considera la pericia desde el Sistema Penal Acusatorio, el Sistema Judicial y el Código Deontológico de los Psicólogos (Ley 1090). Todo esto se hizo, para establecer el grado de implicación a nivel social, cultural, político, ético y disciplinar de la psicología, para la administración de justicia en los casos de ASI en Colombia.

## Capítulo II: Abuso Sexual Infantil (ASI)

En el presente capítulo primero se comenzará hablando sobre la sexualidad infantil y su importancia para esta investigación, para después hablar en una segunda parte sobre los diferentes aspectos del abuso sexual infantil (ASI) como su definición, el tipo de agresores y de abuso, las características de los abusadores, las características de las madres de niños víctimas de ASI, las características de los niños y los factores de riesgo que los hacen vulnerables al ASI, las características de las familias donde se presenta el ASI, los factores del contexto social que predisponen al ASI, los métodos empleados en el ASI, los comportamientos o formas de abuso, la revelación del ASI (y las consecuencias su revelación), así como las consecuencias o efectos del ASI, la manifestación de los síntomas y el estrés postraumático (TEPT). Al final del capítulo se hará especial énfasis sobre el TEPT (desde un punto de vista psicológico), hablando de su definición, sus factores de riesgo, su diagnóstico, su clasificación (según el DSM IV y la CIE 10), sus modelos explicativos, los estadios del desarrollo del proceso cognitivo del TEPT y sus consecuencias en las esferas de lo afectivo, de la conciencia, de la autopercepción, en la percepción del agresor y en la esfera de las relaciones sociales, entre otros aspectos.

Como se había dicho, es importante hablar sobre la sexualidad infantil y sobre las manifestaciones sexuales en los niños, ya que en muchas ocasiones existe una estrecha relación entre el abuso sexual y la sexualidad infantil, como en un momento se explicará.

En este sentido, la sexualidad infantil es un tema importante para esta investigación, ya que en la medida en que los niños tienen y sienten curiosidad por lo sexual, además de tener unas manifestaciones sexuales, los abusadores con frecuencia malinterpretan estos comportamientos o se aprovechan de los mismos, para llevar a cabo el abuso, llegando a usar estas manifestaciones como justificación o excusas para explicar por qué se cometió el abuso, como cuando afirman que fue el menor quien provocó la situación, cuando realmente los niños no tienen conciencia ni conocimiento de lo que están haciendo (para ellos es solo curiosidad, algo natural) y es el adulto, el que debe tener la capacidad de distinguir que esa curiosidad o

manifestaciones sexuales por parte de los niños, hace parte de su desarrollo normal de su sexualidad y que no por eso los adultos pueden aprovecharse de ello. Es por esta razón que se planteo una relación entre el abuso sexual infantil y la sexualidad infantil.

Habiendo explicado el hecho de por qué es importante el tema de la sexualidad infantil para la investigación, se debe decir destacar el hecho que hasta finales del siglo XIX, se pensaba que los niños carecían de emociones, ideas y comportamientos sexuales por completo y se pensaba que en caso de presentar algún tipo de manifestación o algún tipo de conducta sexual, los niños eran considerados como “anormales” o “enfermos”, desde un punto de vista moral y psíquico (ésta era una premisa científica-moral). Entonces, la idea que predominaba durante muchos siglos era que los niños representaban un estado de “pureza incontaminada”, habiendo una visión idealizada de los niños, pero que comenzó a ser cuestionada con la aparición del psicoanálisis y de la psicología evolutiva, disciplinas que revelaron y demostraron que los niños si tenían percepciones, pensamientos, emociones y comportamientos sexuales, hallazgos que dieron pie para que en la actualidad esa perspectiva haya cambiado (Rosenzvaig, S.F.).

Para seguir hablando de este tema, es importante decir que se entiende por sexualidad. La sexualidad debe entenderse como una forma de comportarnos, de pensar y de sentir, que tiene que ver con factores biológicos, psicológicos y sociales. La sexualidad está íntimamente relacionada con la función de sentir placer y con la cercanía con el otro (dos de las funciones principales) y tiene como objetivo secundario, la reproducción del ser humano (Martin, S.F).

Por lo tanto, cuando se habla de sexualidad infantil, se está haciendo referencia a toda actividad relacionada con alguna zona del cuerpo del niño, que genere placer (las determinadas zonas del cuerpo que generan placer al tocarse se conocen como “zonas erógenas”). A medida que el niño crece, las zonas erógenas del cuerpo cambian (al comienzo es la boca, luego el ano y finalmente los genitales y su estimulación genera placer en el niño hasta llegar a la pubertad, donde los órganos genitales son los que cobran importancia) (Izzo, 2001).

En este sentido, la sexualidad humana comienza principalmente con el contacto físico entre el bebe y su madre (o cuidadores más cercanos) y es necesario reconocer a

los niños como seres sexuados tanto en relación consigo mismo, como en relación con los otros, para que de esta forma se construya una identidad sexual propia (Anzueto, 2008). A su vez, Morales (S.F.) también afirma que el desarrollo de la sexualidad humana comienza a partir del contacto físico, como cuando los bebés son amamantados, abrazados, besados y acariciados por la madre y por otros miembros de la familia. Sin embargo, aunque varios autores dicen que la sexualidad comienza desde que nacen los bebés, Izzo (2001) afirma que la sexualidad se da desde la misma vida intrauterina, ya que desde este momento los niños tienen ya indicios de mociones (o estímulos) sexuales, que continúan desarrollándose a lo largo de toda su vida y que son determinantes en su evolución.

Según Morales (S.F.), la sexualidad infantil es diferente a la sexualidad adulta: la sexualidad infantil se origina basándose en una función biológica (como por ejemplo, lactar) y no tiene un objeto sexual, así como es una etapa, donde la satisfacción está centrada en el propio cuerpo, es decir, autoerótica.

Como se había dicho antes, los niños tienen comportamientos o manifestaciones sexuales como las erecciones, la masturbación, los comportamientos exhibicionistas y voyeristas, el interés por la sexualidad de los otros (como tocando las partes del cuerpo de los demás), entre otras, que hacen parte de una sexualidad infantil sana (Anzueto, 2008).

Continuando con las manifestaciones, se puede encontrar que a partir del año y medio de edad aparecen las erecciones. A los dos años, comienza la curiosidad de temas sobre la orina, las heces y temas de “porquerías” (edad en la que comienzan a controlar esfínteres). Entre los cuatro años y medio hasta los seis años de edad, es la época cuando dirigen su interés en la sexualidad de otros (sean sus padres u otros niños) (Anzueto, 2008). Según Morales (S.F.), de los cuatro años en adelante, los niños tendrán una mayor curiosidad por las zonas genitales y buscarán compararse con otros niños e incluso con adultos. Después de los seis años, los niños comenzarán a tener una actitud más activa, entrando en contacto con otros niños, haciéndose posible la presencia de juegos donde se observan o se tocan los genitales. A partir de los nueve años, los niños sabrán que el sexo se encuentra rodeado de secretos (tabú), por lo que necesitarán conversarlo, pero sólo con los amigos más íntimos. En los varones se inicia



la masturbación a veces grupal y las competencias en torno al desarrollo de los genitales.

En algunas investigaciones se ha encontrado que mientras más pequeños son los niños, más expresan conductas sexuales sin inhibición. Otro tipo de conductas frecuentes encontradas en los niños de dos a cinco años, era las de pararse cerca del cuerpo de otros niños o adultos y frotarse contra ellos; también se pueden presentar conductas exhibicionistas, tocar sus genitales en público, tratar de mirar a las personas cuando están desnudas o vistiéndose y masturbarse, como consecuencia de la exploración y reconocimiento de su cuerpo y para la obtención de placer (Rosenzvaig, S.F.).

Las edades mencionadas, indican los puntos en los que el desarrollo sexual de los niños es más notorio y que está dentro de lo normal. Sin embargo, debe tenerse en cuenta las diferencias individuales de cada niño, así como los diferentes niveles de intensidad en sus impulsos sexuales, de forma que habrá algunos niños que tengan manifestaciones e intereses casi imperceptibles, mientras habrá otros que expresarán actitudes más acentuadas, sin llegar a ser inadecuadas (Anzueto, 2008).

Sin embargo, además de las manifestaciones sexuales normales también existen otras que pueden llegar ser inadecuadas, debido a la temprana exposición a estímulos sexuales inapropiados, con los cuales los niños tendrán la tendencia a imitar los ejemplos del mundo adulto, de manera que si los niños son expuestos estímulos inadecuados como presenciar interacciones sexuales de adultos o son víctimas de abuso (entre otros comportamientos o situaciones), tenderán a repetirlas precozmente o a mostrar un rechazo frente a cualquier manifestación de afecto corporal (Rosenzvaig, S.F.). Ésto estaría relacionado con lo que Toporosi (2009) plantea, ya que ella afirma que las prácticas abusivas de tipo sexual por parte un niño o adolescente hacia otro, se suelen dar por imitación, es decir, al ser víctimas de ASI, repetirían el abuso (que pueden estar sufriendo ellos mismos) con otros niños o adolescentes.

Profundizando un poco más en lo que se acaba de decir sobre lo que afirma Toporosi (2009), es que cuando los niños o adolescentes abusan de otros niños o adolescentes, este hecho se considera como un comportamiento de alerta, puesto que cabe la posibilidad de estar frente a una cadena de abusos, es decir, que el niño o

adolescente que está sometiendo a otro, está repitiendo compulsivamente un abuso sufrido en su propia infancia, por parte de un adulto (donde hay una intromisión de la sexualidad adulta en el niño, la cual resulta traumática, debido a que no tiene resolución la tensión psíquica que se produce en éste, aunque haya sentido placer en alguno de los episodios del abuso). Como tampoco los niños víctimas de ASI son capaces de simbolizar y comprender lo que está pasando, puede producirse el estallido de dicha tensión o su liberación, la cual se manifiesta con el abuso de otros niños, ya sea con la llegada a la pubertad o bien antes de ésta, donde el suceso se resignificará como genital.

Como se había planteado en la introducción, después de haber hablado de la sexualidad infantil y de sus implicaciones para esta investigación, a partir de ahora se comenzará a desarrollar todo lo relacionado con el abuso sexual infantil.

Dicho esto, se puede decir que existen distintas definiciones para el ASI, las cuales dependen del enfoque profesional y conceptual, tal como ocurre con el derecho, la medicina, la sociología, la antropología, la psicología, entre otros (Capella y Miranda, 2003; citados por Riviera y Olea, 2007). Para el presente estudio se tendrán en cuenta las definiciones desde el punto de vista de la psicología forense. Sin embargo, se debe destacar el hecho de que en esta disciplina, tampoco existe un concepto lo suficientemente unificado sobre lo que significa el abuso sexual infantil.

Una primera definición del ASI (y una de las más completas), es la que plantea Cueto (2001) quien dice que el abuso sexual infantil, es una forma de violencia que atenta contra la integridad psicológica de los niños o adolescentes y produce unos daños psicológicos de diversa índole. Afirma que aunque es un concepto muy heterogéneo, existen unos criterios específicos para poder identificar la presencia de ASI. El primer criterio es la *diferencia de edad* entre la víctima y el agresor, donde el abusador debe ser al menos cinco años mayor que el menor, implicando una relación basada en la desigualdad (Finkelhor, 1979; citado por Cueto, 2001); el segundo criterio se basa en *el tipo de estrategias utilizadas por el agresor* para conseguir sus fines con el menor, dentro de estos métodos se destaca la coacción (o uso de la fuerza), la sorpresa, la seducción y el engaño (López, Hernández y Carpintero, 1995; citados por Cueto, 2001); el último criterio, es el *tipo de conductas sexuales que se presentan* entre

el agresor y el menor, ya que el abuso puede realizarse “con contacto físico” (contacto anal, genital, oral, caricias, entre otros; aquí es donde se habla de acceso carnal) o “sin contacto” (como peticiones sexuales, pornografía y exhibicionismo, etc.; estas son conductas sexuales abusivas) (Cueto, 2001).

Al igual que Cueto, Piraquive (2007) afirma que para poder definir una situación de abuso sexual infantil, es necesario tener en cuenta los conceptos de coerción y de asimetría, entendiendo por “coerción” como el uso de la fuerza física, la presión o el engaño y por “asimetría”, la diferencia de edad que impide que haya una verdadera libertad de decisión, haciendo imposible el consentimiento por parte de la víctima del abuso, ya que los implicados en el éste (agresor/menor) tienen experiencias, grados de madurez biológica y expectativas, muy diferentes.

Por su parte, para Güido (2007) el abuso sexual infantil implica haber sido víctima de una variedad de conductas sexuales, las cuales no implican siempre la penetración. Dentro del abuso sexual se puede incluir la exhibición, mostrar material sexualmente explícito (pornografía), besar, tocar, masturbar, practicar sexo oral, anal o genital, exponer al menor a la percepción de actos sexuales o conductas sugestivas, la prostitución, entre otras conductas en las que se profundizará en un momento posterior. González (S.F.; citada por Güido, 2007) que a su vez define el abuso sexual infantil como todo acto en que se involucra a un menor a una actividad sexual inapropiada para su edad y dónde se le pide que guarde el secreto sobre esta actividad o se le hace percibir una amenaza, si lo relata. Dichos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y otro tipo de consecuencias; a su vez, este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables, para el menor.

Hernández (S.F) afirma que el abuso sexual infantil es una forma de maltrato, donde se irrespetan los derechos de niños y jóvenes, así como también se vulnera la posibilidad de que éstos tengan un desarrollo armónico. La conducta abusiva ocurre sin el consentimiento de la víctima, que está en condición de desigualdad frente al agresor, siendo el resultado de alguna clase de coerción. Por “consentimiento” se puede entender como “la comprensión de lo que se propone”, “la conciencia de potenciales consecuencias”, “la decisión voluntaria” o “la competencia mental”. La “igualdad” se presenta cuando “los dos participantes de una relación, tienen un mismo nivel de poder,

donde ninguno es controlado o sometido por otro” y por “coerción” se entiende como la “explotación”, “abuso de autoridad”, “soborno”, “amenaza”, “forzamiento” o “intimidación”, como vías para obtener un fin, que en este caso se trata del abuso sexual con el menor.

Según Lago y Céspedes (S.F), el abuso sexual infantil es una de las principales causas del maltrato infantil, que tiene implicaciones sobre la dignidad de la persona y se puede definir como, la utilización de un menor para satisfacer o gratificar sexualmente a uno o varios adultos.

Finalmente, una última definición de abuso sexual infantil (pero no menos importante), es la que lo define como la inmersión de un menor a actividades sexuales inapropiadas, que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, que no corresponde a su desarrollo psicosexual, siendo emocionalmente inmaduro y dependiente, de forma que no tiene la capacidad de dar su consentimiento (Mercado, 2007).

Después de haber dado las definiciones más importantes sobre el ASI, es necesario resaltar el hecho de que la definición del ASI, además de depender de los criterios ya establecidos, también depende del tipo de agresor sexual y de abuso, encontrándose el agresor que está relacionado con el menor, es decir, que es un miembro de la familia (nivel intrafamiliar), el agresor que no es un familiar pero es conocido por el menor y el agresor que es totalmente desconocido para el menor (nivel extrafamiliar) (Vargas, Vargas y Mejía, 1995).

Se puede decir que en la mayoría de los casos de abuso, los agresores sexuales se pueden concebir como personas "normales", desde casi todos los puntos de vista. De hecho, muchas veces pueden ser personas respetadas, que aparentan tener firmes valores morales y religiosos, aunque también hay otros casos en los que el agresor puede ser un adolescente o un niño, que aún no alcanzarían la mayoría de edad (Barreda, 2007).

Por lo que respecta a las características del abusador a nivel intrafamiliar, cuando se trata del padre, éste suele ser muy sobreprotector y ser extremadamente celoso con el menor; es usual que este tipo de sujetos hayan sido víctimas, a su vez, de abuso sexual en su infancia. Este tipo de abuso es lo que se conoce como incesto, el cual ocurre en el propio hogar de los niños o adolescentes, donde generalmente el

agresor suele ser el padre (en mayor medida), pero también puede ser el padrastro, un hermano o cualquier otro pariente cercano, que tiene fácil acceso a la víctima (Barreda, 2007).

El incesto suele tener un proceso, el cual puede comenzar con caricias, seguir con la masturbación, continuar con el contacto buco-genital, para terminar con el coito vaginal o anal (pero se debe aclarar que no siempre el agresor llega hasta esta instancia). También las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto, existiendo diferentes factores que explican el encubrimiento del abuso. Por parte de la víctima del abuso, la razón puede ser que obtiene ventajas del abuso (como regalos), por temor a no ser creído, por el miedo a destrozar su familia, por amenazas o por las represalias que podría tomar el agresor en contra suya o de sus seres queridos. Entre los motivos del abusador, se encuentra la posible ruptura con la pareja, la desintegración de la familia, el rechazo social y las sanciones legales. Dentro de las razones de la madre que conoce el incesto, se encuentra que su silencio puede deberse al miedo por el abandono de su pareja, al miedo que siente por destruir a su familia, el miedo al estigma social o el temor de no ser capaz de sacar adelante a su familia por sí sola (Echeburúa y Corral, 2006).

Como se dijo, el abuso de tipo extrafamiliar puede ser alguien conocido por el niño, más no está relacionado con él o ser alguien totalmente desconocido. Cuando el agresor se trata de una persona que conoce al niño pero que no es un pariente, suele ser también alguien emocionalmente significativo para él (como un profesor o alguien de confianza). En estos casos, no suele emplearse el uso de la fuerza física, sino que más bien suele haber seducción; en estos casos también suele mantenerse en secreto el abuso, hasta que es reconocido por los adultos responsables del menor (Mercado, 2007).

Según el Protocolo de San Diego (2001), cuando el abuso se da por parte de una persona ajena a la familia del menor, pero conocida por éste, es frecuente que el abuso se dé en instituciones donde cuidan a los niños (como en los jardines infantiles) o en otros lugares donde los niños pueden ser vulnerables a los abusos, como en el colegio o después de las actividades extracurriculares. Los adultos pueden utilizar estos lugares en donde se genera una confianza especial y/o una autoridad, para que se

presente el abuso o la explotación de los niños.

Respecto a los agresores que son desconocidos para el menor, éstos suelen tener dificultades en sus relaciones interpersonales y se encuentren aislados socialmente; puede haber abuso de sustancias psicoactivas (alcohol y/o drogas), pueden ausentarse con frecuencia del hogar y pueden tener una baja autoestima o problemas psicopatológicos. Con frecuencia, los agresores desconocidos están ligados a conductas violentas o a amenazas (Echeburúa y Corral, 2006).

Según el Protocolo de San Diego (2001) se ha encontrado que en la mayoría de los casos donde el agresor es un desconocido, se emplea el uso de la fuerza para llevar a cabo el abuso con el menor y también en estos casos suele haber sometimiento para la penetración anal, vaginal o para el sexo oral.

También se ha encontrado que este tipo de agresores con frecuencia tienen dificultades para establecer relaciones sexuales con otros adultos, siendo ésta la razón de su predilección por establecer relaciones sexuales con niños o adolescentes, ya que obtienen una gratificación sexual al interactuar especialmente con ellos. Además, los agresores sexuales tienen una aparente vida sexual activa y satisfactoria con parejas de edad apropiada, pero ante circunstancias de excesiva tensión (como cuando ven amenazada su autoestima) reaccionan impulsivamente, recurriendo a un menor como su pareja sexual e interactuando con él, como si tuvieran su edad y no de acuerdo con su verdadera edad. Generalmente desean controlar y dominar a las personas que están relacionadas con ellos, así como también muchos han acumulado rabia, encontrando en los niños un objeto perfecto para descargar su furia. Con frecuencia, este tipo de agresores pudieron ser objeto de abuso sexual, de maltrato físico y/o emocional en su infancia (Rodríguez, 2003).

Relacionado con lo anterior, también se ha encontrado con gran frecuencia que los agresores sexuales sufren de problemas de insatisfacción sexual, razón por la cual se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los niños que tienen a la mano. En la mayoría de los casos se ha encontrado que en general, los agresores sexuales tienen distorsiones cognitivas, que justifican sus acciones (ante ellos mismos y ante otros), como decir "la falta de resistencia supone un deseo del contacto", "en realidad, es una forma de cariño", "ella me provocó", "se lo estaba buscando", entre

muchas otras creencias (Echeburúa y Corral, 2006). Como se había hablado en un principio, son este tipo distorsiones las que tienen relación con la sexualidad infantil y de su manifestación, ya que los agresores se aprovechan de estas manifestaciones para justificarse, diciendo a su vez las frases que se acaban de citar.

Por lo que respecta a las características de las madres de los niños víctimas de ASI a nivel intrafamiliar (incesto), es que con frecuencia se encuentra que son madres sean pasivas, dependientes, sumisas y sexualmente inhibidas. Suelen mostrar una incapacidad para proteger a sus hijos e incluso muchas pueden promover el abuso (para evitar las exigencias sexuales de sus parejas) o por el temor a perder el apoyo económico del agresor, cuando éste se trata de su pareja. Pueden sentirse incapaces de poder cuidar y criar a sus hijos sin el “apoyo de un hombre”, así como también no tienen claramente definidos los límites entre ellas y sus hijos (confusión de roles), como ocurre cuando favorecen la inversión de roles con sus hijas, quienes actúan como si fueran la madre. Con frecuencia se ha encontrado que las mismas madres de estos niños pudieron ser víctimas de abuso sexual, de maltrato físico o de maltrato psicológico durante su infancia, así como también es posible que en ese momento estén siendo víctimas de maltrato (físico, sexual y/o psicológico). Suelen tener un concepto negativo de sí mismas, de su cuerpo y de su género (baja autoestima); se les dificulta establecer una relación cercana con sus hijos y expresarles físicamente. Temen que los vecinos, familiares y amistades se enteren de lo que sucede en su casa y generalmente aparentan que todo está bien, por temor a la estigmatización social. Por todas estas razones, ellas mismas propician y aplican la “ley del silencio” frente al abuso sexual en sus casas (Rodríguez, 2003).

En cuanto a las características de los niños o adolescentes víctimas de ASI, se puede decir que aunque cualquier niño puede ser una víctima potencial por su desconocimiento sobre el tema, su impotencia y dependencia, existen ciertos factores que hacen más vulnerables a ciertos niños que a otros. Entre estos factores se encuentran la edad y el sexo (relacionados con las preferencias del abusador); la curiosidad hacia aspectos sexuales, sea porque su desarrollo los hace más inquietos y cuestionadores o porque han sido expuestos a conductas sexuales inapropiadas para su edad. Sin embargo, ésto no significa que los niños sean responsables del abuso,

puesto que son los adultos los que deciden si serán los niños, los objetos de sus encuentros sexuales (Glaser y Frosh, 1997).

Para Vargas et al. (1995), entre los niños que pueden ser potenciales víctimas de abuso, se encuentran aquellos que son fácilmente manipulables, los que tienen una autoestima negativa y los que están necesitados de atención y afecto. También están los que carecen de un vínculo afectivo con sus padres y/o tienen una mala relación con ellos; los que son muy pequeños o tiene discapacidades físicas e intelectuales, los que han sido educados por adultos autoritarios que los obligan a obedecer (sin cuestionar las imposiciones de los mayores) y los que no saben lo que es el abuso sexual, ni la manera de evitarlo o afrontarlo.

Mercado (2007) también habla sobre algunas características de los niños que tienen un mayor riesgo de sufrir abuso sexual. Dentro de estas características están el hecho de que los niños sean menores de cinco años, que sean pasivos, sumisos o introvertidos, así como los que puedan tener alguna discapacidad.

En cuanto a las características de las familias en las que hay abuso sexual infantil, se ha encontrado que éstas suelen ser familias aglutinadas (tienen límites externos cerrados y rígidos, donde puede haber una confusión interna de roles); son familias cerradas en sí mismas (no deja traslucir su problemática interna; no solicitan ayuda ni aceptan soluciones ajenas al núcleo familiar, así como son poco permeables a las influencias externas); son familias socialmente aisladas (relaciones sociales escasas y superficiales y hay pocos recursos sociales); hay una estructura patriarcal rígida (padre rígido y autoritario); las madres suelen estar sometidas (en ocasiones tienen conocimiento y/o dan su consentimiento para que se dé el abuso); suele haber una deficiente comunicación entre los miembros de la unidad familiar y finalmente, puede haber un consumo de sustancias (alcohol y/o drogas) (Besten, 1997; citado por Jiménez y Martín, 2006).

Otras características de las familias en las que se presenta ASI, se pueden dividir en dos categorías: en familias coyunturales (que son familias en las que hay divorcios controvertidos y nuevas uniones de grupos familiares) y en familias crónicas (son familias en las que puede haber hacinamiento, cohabitación, exhibicionismo, entre otros, lo que puede generar una sobreestimulación y desprotección). Usualmente son



familias donde el padre es autoritario, la madre es débil y muy dependiente de su pareja, lo que hace que no pueda proteger al niño o lo que también puede pasar es que la madre sea independiente y que el padre sea débil y dependiente de ella, donde suele haber una insatisfacción en la vida íntima, lo que hace que el padre busque esa satisfacción en el menor (Mercado, 2007).

Por lo que respecta a los factores del contexto social que predisponen al abuso, se puede encontrar que el ASI se presenta en sociedades machistas y en culturas que pueden aceptar que los padres inicien sexualmente a sus hijas, alegando que “tienen derecho a prepararlas para cuando encuentren su pareja”. Las familias en las que hay un menor abusado sexualmente, son familias aisladas socialmente y en las que suele existir un padrastro o madrastra, con quien el menor no ha podido establecer un vínculo afectivo estrecho. Otro factor que promueve el ASI es la comunicación deficiente, puesto que no se cuenta con la habilidad para resolver conflictos en forma efectiva o cuando no hay respeto por la individualidad, la intimidad y la privacidad de los miembros de una familia, cuando se descalifica al menor y no se cree en su palabra, así como también cuando los padres establecen muy poco o demasiado contacto físico, para demostrar afecto al menor (Rodríguez, 2003).

Otros factores del contexto social o factores socioeconómicos que pueden producir un riesgo para que se presente el abuso sexual infantil son la pobreza, la promiscuidad, el aislamiento social y cualquier situación que genere depresión grave o que se conciba al niño como productor de libido (Mercado, 2007).

Por otro lado, es importante hablar sobre los métodos que emplean los agresores para llevar a cabo el abuso (aunque en un comienzo se hizo referencia a este aspecto, no se hizo una mayor profundización). Dentro de estos métodos pueden encontrarse desde el empleo de la fuerza, la amenaza de hacer el uso de la fuerza, la intimidación con armas, las amenazas de hacer daño a una persona cercana al menor, la coerción psicológica, el engaño, así como la administración de drogas incapacitantes (se puede dar uno o varios de estos métodos en un abuso) (Protocolo de San Diego, 2001).

Otro aspecto del cual se ha hablado antes, pero que se va a desarrollar con mayor profundidad en este momento, es el que se refiere a los comportamientos o formas en las que se puede presentar el abuso. Se puede decir que el ASI abarca un

amplio espectro de comportamientos, que pueden darse durante un largo período de tiempo (abuso crónico) o darse como un solo incidente. Dentro de los comportamientos que se pueden presentar, se encuentra la exposición genital (donde el adulto expone sus genitales al niño o le pide a éste que exponga los suyos), los besos (el adulto besa al niño de manera íntima y de una forma que es se da solo entre adultos), las caricias (el adulto acaricia las partes del cuerpo del niño, sea sus partes íntimas o no; también el adulto puede pedirle al niño que lo acaricie), la masturbación (el adulto se masturba mientras observa al niño, se puede masturbar mientras ve al niño masturbándose, puede el adulto y el niño observarse el uno al otro mientras se masturban a sí mismos, puede el adulto y el niño masturbarse mutuamente o el adulto puede instruir al niño para masturbarlo), el contacto oral, genital o la penetración (que sería la estimulación oral o la manipulación del pene o de la vagina; también puede darse con un dedo, con el pene del adulto o con un objeto extraño), el contacto o penetración anal (dentro de lo que se encontraría la penetración del pene entre los glúteos, lamer el ano con la lengua) o que se presenten las "relaciones sexuales en seco" (donde el adulto frota su pene entre las piernas del niño, contra el ano o vagina, frotar el interior de los muslos o las nalgas). Otra forma de abuso es la pornografía infantil o la explotación sexual comercial de niños (es decir, involucrar a los menores en una conducta sexual para hacer películas, fotografías, diapositivas o hacer una presentación en vivo; también la pornografía puede ser utilizada como un medio para instruir o preparar a un niño para el abuso sexual; además el abusador puede hacerle ver pornografía al niño) (Protocolo de San Diego, 2001).

Según Barreda (2007), hay numerosos comportamientos abusivos incluidos dentro del abuso sexual, que van desde acciones que no implican un contacto sexual (proposiciones verbales o de exhibición de los órganos genitales, entre otros), hasta las acciones que sí lo implican (como la penetración anal, vaginal, tocamientos, etc.). Otros comportamientos considerados como abusivos, son el exhibirse desnudo delante del menor (con el fin de excitarse sexualmente); observarlo vestirse o desvestirse; tocarlo, besarlo o agarrarlo; forzarlo a ver imágenes o películas con contenido sexual, hacerlo escuchar conversaciones sexuales, hacerlo posar para fotografías, hacerlo ver o presenciar actividades sexuales y practicarle sexo oral o vaginal, así como también

forzarlo para que se lo practique al adulto. Además, es importante considerar que una conducta es abusiva, cuando el menor la siente o la vive de esa manera, así como cuando se siente mirado o tocado de un modo que lo haga sentirse intimidado.

Por otro lado, la revelación del abuso es igual o más importante que el mismo abuso y no se puede eludir la importancia de las consecuencias derivadas de su revelación, ya que se relacionan con la intensidad de los síntomas experimentados por los niños, así como también la reacción del entorno desempeña un papel fundamental en el ASI. El apoyo por parte de los padres (entendiendo éste como dar crédito al testimonio del menor y protegerlo), es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general, después de la revelación. La sensación de ser creído es seguramente, uno de los mejores mecanismos que hay para predecir la evolución de los síntomas en los niños víctimas de este delito (Rodríguez, 2003).

Existen varios problemas que pueden dificultar la revelación del abuso sexual, dentro de los que se encuentran las limitaciones verbales en los casos de los preescolares (que están entre los tres y los seis años), por lo que no pueden contar la experiencia que sufrieron; por los sentimientos de miedo o vergüenza para contar lo ocurrido o por el impacto negativo que tienen las entrevistas, exámenes periciales y comparecencias judiciales, donde se puede producir una revictimización (o victimización secundaria), debido al daño que conlleva repetir lo mismo varias veces (García , Blázquez y Morales, 2002).

También es importante hablar de la forma cómo reaccionan las madres a partir del descubrimiento o revelación del abuso, ya que no todas responden de igual manera frente éste. Algunas les creen desde el primer momento a sus hijos y los protegen, pero se puede encontrar madres que lo hacen solo por un tiempo; también están las que sospechan de sus hijos pero no se atreven a reconocerlo, las que creen en ellos pero no pueden separarse del agresor o las que prefieren pagar con sus hijos el costo de vivir en una familia aparentemente normal, así como las madres que participan del abuso (Mercado, 2007).

Por otra parte, Lago y Céspedes (S.F.) afirman que el abuso sexual provoca problemas psicológicos o emocionales, que pueden aparecer inmediatamente después

del abuso o pueden aparecer en la adolescencia (si se produjeron en la niñez) o inclusive pueden aparecer en la adultez (si no se ha manifestado antes y si no se ha recibido tratamiento).

Habiendo dicho ésto, a continuación se van a presentar los daños psicológicos más frecuentes, generados por el abuso sexual infantil en los niños y adolescentes, describiendo primero las consecuencias más generales y después, se presentará uno de los daños psicológicos más específicos del ASI, que es el trastorno de estrés postraumático (TEPT), desde un punto de vista psicológico (en el capítulo IV se volverá a hablar sobre el TEPT pero desde el punto de vista neuropsicológico).

En este sentido, dentro de las consecuencias del abuso hay una serie de indicadores físicos, comportamentales y sexuales, evidentes en los niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI. Entre los indicadores físicos, se pueden encontrar dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal; encontrar el cérvix (o vulva) inflamado o rojo; presentarse enfermedades de transmisión sexual; tener dificultades para caminar o sentarse; sufrir de enuresis (orinarse) y/o encopresis (defecar) y finalmente, que haya un embarazo. Entre los indicadores comportamentales se encuentran la pérdida de apetito; llantos frecuentes en situaciones afectivas o eróticas; miedo a quedarse solo en presencia de hombres o frente a un determinado miembro de la familia; rechazo hacia el padre o madre repentinamente; tener cambios bruscos de conducta; tener resistencia a desnudarse o a bañarse; haber aislamiento o rechazo de las relaciones sociales; tener problemas escolares o rechazo a la escuela; tener fantasías o conductas regresivas; presentar agresividad, fugas o acciones delictivas y finalmente, autolesionarse o tener intentos de suicidio. Entre los indicadores de la esfera sexual, se puede encontrar el rechazo a las caricias, besos o al contacto físico; presentarse conductas seductoras (especialmente en niñas) o precoces, así como tener conocimientos sexuales inadecuados para su edad; tener un interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos; agredir sexualmente a otro/os menores y presentar confusión sobre la orientación sexual. Estos indicadores se deben valorar de forma global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso (Glaser y Frosh, 1997).

Por su parte, para Escribano y Vallespín (S.F), las consecuencias psicológicas

son mucho más frecuentes que las físicas, así como también son más graves y su efecto es mucho más prolongado. Para estas autoras, entre las lesiones y secuelas más comunes se distinguen en físicas y en psicológicas (o “ánimicas”). Dentro de las lesiones y secuelas físicas, resaltan las lesiones en los genitales; las mordeduras, hematomas y estrías (causados por los golpes y la violencia); enfermedades venéreas; hemorragias o flujo en la región genital; embarazos, entre otros. Dentro de las psicológicas o anímicas, se destacan los sentimientos de vergüenza y culpa; la pérdida de confianza; la sensación de impotencia; el miedo, el aislamiento y el mutismo; la falta de autoestima y el “desdoblamiento de la personalidad” a causa de una inseguridad total, entre otras. Por su parte, plantean que estos sentimientos pueden manifestarse en forma de una depresión, trastornos del sueño, trastornos del habla, dificultades en la concentración y/o disminución del rendimiento escolar, la aparición o reaparición de síntomas neuróticos (como enuresis, encopresis tartamudeo, manías, etc.), huidas, agresividad, comportamiento hipersexualizado, regresión a etapas anteriores y trastornos de la alimentación.

Para Martínez y col. (2002; Sánchez-Huesca y col., 2002; citados por Güido, 2007), dentro de las consecuencias más notorias causadas por el abuso sexual infantil, se puede encontrar la somatización, desajustes sexuales, baja autoestima, depresión, abuso de sustancias psicotrópicas y adicción a ellas, así como confusión de la identidad sexual. Por otro lado, se debe decir que el ASI en adolescentes se relaciona con conductas de alto riesgo para la salud, con la poca capacidad para discriminar las señales de peligro e incluso, con la dificultad para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso, debido a la vulnerabilidad personal y relacional creada a partir de ésta experiencia traumática. De esa forma se postula que el abuso sexual predispone a conductas peligrosas, como un mecanismo de confrontación frente al suceso.

También se puede hacer una distinción entre los principales daños a corto y a largo plazo del abuso sexual, de acuerdo con la esfera física, conductual, emocional, sexual y social.

Entre las consecuencias a corto plazo en la esfera de lo físico, se encuentran los siguientes síntomas: problemas de sueño o pesadillas, cambios en los hábitos de alimentación y pérdida de control de esfínteres (este último sólo se da en la infancia, los

otros dos se dan tanto en la infancia, como en la adolescencia). En la esfera de lo conductual se encuentra hiperactividad (en la infancia), bajo rendimiento académico (infancia y adolescencia), consumo de drogas, huidas del hogar y conductas autolesivas o suicidas (estas tres se dan sólo en la adolescencia). Entre la esfera de lo emocional se encuentra el miedo generalizado, la hostilidad o agresividad, culpa y vergüenza, depresión y ansiedad, baja autoestima, sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza, rencor hacia los adultos y TEPT (se pueden dar tanto en la infancia, como en la adolescencia). En la esfera de lo sexual hay conductas exhibicionistas, un conocimiento sexual precoz o inapropiado para la edad (se presenta solo en la infancia), masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual (estos dos se dan en la infancia y la adolescencia) y problemas de identidad sexual (sólo en la adolescencia). Respecto a la esfera de lo social se puede encontrar un déficit en las habilidades sociales, retraimiento social (infancia y adolescencia) y conductas antisociales (adolescencia) (Echeburúa y Corral, 2006).

En cuanto a los efectos a largo plazo, cabe decir que son menos frecuentes y más difusos que los efectos a corto plazo. Los problemas más frecuentes son las alteraciones en la esfera sexual, como las disfunciones sexuales y una menor capacidad para disfrutar o sentir placer (anhedonia). En cuanto a lo emocional están la depresión, ansiedad y TEPT. En la esfera de lo comportamental, hay un control inadecuado de la ira (en el caso de los hombres, está volcada al exterior en forma de violencia y en las mujeres, está canalizada en forma de conductas autodestructivas) (Echeburúa y Corral, 2006).

Respecto a lo último que se dijo (la ira), Ramos y col. (1998, citados por Güido, 2007) han encontrado que cuando los niños (hombres) han sido víctimas de ASI, al crecer y volverse hombres, tienen un mayor riesgo de convertirse en agresores, a comparación de las niñas que han sido agredidas sexualmente, ya que los hombres tienen una necesidad de exteriorizar la rabia interna y la hostilidad, como formas de restablecer su masculinidad después de haber sido “mujerizados” (o sometidos), lo que generaría una identificación con el agresor.

Continuando con los efectos del ASI, descritos según la etapa del desarrollo en el que se encuentre el menor. Los niños muy pequeños (etapa de preescolar), pueden

mostrar estrategias de negación de lo ocurrido y contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos. En el caso de los niños un poco más grandes (etapa escolar) son frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. En la adolescencia, el abuso sexual puede ser grave por la posibilidad que puede existir de un embarazo; también son frecuentes conductas como huir de la casa, consumo de alcohol y/o drogas, la promiscuidad sexual, los intentos de suicidio, entre otros (Echeburúa y Corral, 2006).

Gabowitz, Zucker y Cook (2007) también muestran los síntomas más comunes, según la etapa en la que se encuentren los niños. Para niños preescolares, los síntomas comunes son la irritabilidad, problemas de sueño, ansiedad a la separación de la madre y comportamientos regresivos. Para los niños escolares, los síntomas más prevalentes incluyen miedo, agresividad, pesadillas, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, hiperactividad y los síntomas característicos del TEPT. En los adolescentes los síntomas más comunes son el comportamiento extrovertido, la toma de riesgos y los comportamientos autodestructivos (entre los que están promiscuidad sexual, abuso de sustancias y delincuencia), así como también depresión, comportamiento retraído y quejas psicósomáticas. Otras manifestaciones comportamentales son el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno oposicional-desafiante, la ansiedad, cambios de humor y los trastornos de la alimentación.

Otro de los efectos del ASI que se presenta con frecuencia en los niños y adolescentes, es que puede haber una incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, encontrando partes del evento traumático que no se pueden recordar, como si la experiencia hubiera sido tan fuerte que se ha olvidado por completo; se puede olvidar cosas como el lugar en donde sucedió, la manera como se llevó a cabo o inclusive, quien fue el agresor (Mascareñas, S.F.).

Por otra parte, la manifestación de todos los síntomas mencionados varían en frecuencia, intensidad y duración, según el tiempo que se lleve presentando el abuso o según el número de veces que éste haya ocurrido (por lo general, el ASI no es producto de un único acto, sino de repetidos abusos en el tiempo, pudiendo durar hasta meses o años) (Soria y Hernández, 1994).

Según lo mencionado en el Protocolo de San Diego (2001), hay diferencias individuales que influyen en la frecuencia, intensidad y duración de estas reacciones frente al trauma psicológico. Dentro de los factores que afectan las respuestas individuales frente al abuso, se incluyen la relación entre el agresor y la víctima (de la cercanía con el agresor); de si hubo o no consumo de drogas o de alcohol antes del abuso por parte del menor; del método utilizado durante el abuso; de si hubo presencia o ausencia de lesiones físicas y si el abuso quedó en un intento o si se llevó a cabo hasta el final. También intervienen factores como las diferencias culturales, la etapa del desarrollo en la que se encuentre el menor, si hay una discapacidad mental o física, así como si hay alguna experiencia de victimización anterior. Estos factores pueden intensificar el trauma psicológico experimentado por el niño o adolescente (Protocolo de San Diego, 2001).

Por otra parte, se ha encontrado que el elemento clave en el abuso sexual infantil no es tanto la coerción física, sino la coerción psicológica, que se establece en función de tres ejes: la autoridad, el secreto y la indefensión (Soria y Hernández, 1994).

La autoridad se refiere a que el agresor, dispone de una autoridad moral implícita, ya que suele ser una persona de confianza para el menor, así como suele ser mayor que éste; además, se le puede hacer creer que lo que sucede es normal y aceptable, por lo que el menor adquiere un sentimiento de culpa, si no reacciona como se espera de él. El secreto se refiere a que el agresor le pide al niño, que no le revele a nadie lo que está sucediendo, ya que al hacerlo habría consecuencias negativas para ellos o para las personas que los rodean (el abusador amenaza con hacerle daño al menor o con hacerle daño a alguien querido), pero hay un dilema, puesto que aunque el agresor le dice que al menor no debe contarle, éste siente la necesidad de hacerlo, porque necesita del apoyo de un adulto que pueda protegerlo. La indefensión, por su parte, es un sentimiento aprendido con el paso del tiempo, producto del miedo inducido por el agresor; en este sentido los niños terminan aceptado la situación, al tiempo que se ven incapaces de actuar para cambiarla aunque pudieran (esto es lo que se conoce como “desesperanza aprendida”) (Soria y Hernández, 1994).

Por su parte, Lago y Céspedes (S.F.) dicen que el grado de alteración sufrida por un menor víctima de abuso sexual está determinada según el tipo de acto sexual que



se lleve a cabo (se debe distinguir entre caricias, empleo de objetos y penetración, etc.), de la frecuencia y la duración del abuso (aspectos que se relacionan con la gravedad de los daños sufridos), de la intensidad de la violencia, de la relación con el agresor, de la edad de la víctima (factor fundamental por su implicación sobre la supervivencia, el desarrollo posterior o la posibilidad de embarazo), del número de agresores que estén involucrados en el abuso, de los efectos de la denuncia (se debe tener cuidado de no revictimizar al menor) y de la agresión institucional (agresión a la que se puede someter a la víctima, para esclarecer los hechos).

Según Echeburúa y Corral (2006), no todas las personas reaccionan de la misma manera frente al abuso, ya que también el impacto emocional está determinado por el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo, contexto familiar, entre otros), de las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.), de la relación existente con el abusador y por las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso, además de los otros factores de los que ya se han hablado.

Por otro lado (y como en un principio se había dicho), a continuación se hablará acerca del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el cual es uno de los efectos más frecuentes del ASI. Según el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (1999; citado por Hernández, 2002), el TEPT es entendido como un conjunto de síntomas que se dan después del abuso, debido a que es un acontecimiento sumamente estresante y traumático, durante el cual, el individuo se ve envuelto en una serie de hechos que representan un peligro o amenaza para la vida o la integridad física. La persona que ha sufrido un evento traumático responde a este hecho con temor, desesperanza y horror intensos (especialmente en el caso de los niños), provocando un comportamiento desestructurado o agitado.

Para Jiménez (2006), el TEPT además de ser una de las consecuencias más frecuentes del abuso sexual infantil, también tiene consecuencias en la esfera de lo emocional, de la conciencia, de la autopercepción, en la percepción que se tiene sobre el agresor y en las relaciones sociales con los demás. Estos aspectos serán presentados más adelante.

Varios estudios reflejan diferencias en la posibilidad de desarrollar el TEPT

eventualmente (según el género). Las mujeres, a pesar de estar expuestas en menor porcentaje (51%), tienen una vulnerabilidad mayor para desarrollar el trastorno relacionado con estrés postraumático, a comparación de los hombres que tienen un mayor porcentaje (61%); así mismo, los estresores en cada género también son distintos (las mujeres que desarrollan este trastorno, generalmente son víctimas de abuso físico y sexual, así como de asaltos criminales; en el caso de los hombres, los estresores para que se genere el TEPT son el haber estado expuestos a un combate y haber sido víctimas de atentados criminales contra su integridad física, en general) (Kaplan y Sadock, 2001; Meltzer-Brody e Hidalgo, 2000; citados por Gálvez, 2005).

Según Güido (2007), en el TEPT el elemento crítico que hace que un evento se vuelva traumático, es la evaluación subjetiva por parte de la víctima acerca de que tan desamparada o amenazada se ha sentido, es decir, depende del significado que el individuo le asigna al suceso y a sus consecuencias, que es tan relevante como el evento traumático en sí mismo. Una vez el evento haya terminado, las interpretaciones que se le atribuyen son imprescindibles para la comprensión de la enfermedad.

Entre los factores de riesgo del TEPT se encuentran el tipo y gravedad del estresor; la duración del evento traumático; lo extremo de la experiencia; la gravedad de síntomas disociativos; la respuesta fisiológica inicial; las respuestas subjetivas de horror y miedo; la pobre red de apoyo posterior al trauma; la historia familiar de trastornos relacionados con el estrés; la historia personal previa al trauma; las comorbilidades psiquiátricas y médicas; el pobre control; la poca capacidad de adaptación; el nivel educativo bajo y el cociente intelectual bajo; la falta de un tratamiento precoz y los factores posteriores al trauma (Gálvez, 2005).

Es importante mencionar que para diagnosticar el TEPT, se necesita identificar un evento traumático, ya que debido a su intensidad y naturaleza produce miedo, terror y desamparo extremos. Las características de este tipo de sucesos es que suelen ser imprevisibles e incontrolables. Es necesario resaltar el hecho de que el TEPT no solo se presenta cuando se ha vivido una experiencia traumática extrema, sino que en algunos casos basta con ser testigo de un acontecimiento traumático o tener conocimiento de una amenaza para la propia integridad física o de las personas cercanas, para sufrirlo. La reexperimentación persistente del evento traumático y la evitación sistemática de

estímulos asociados al trauma, son elementos fundamentales para definir el TEPT y éste puede iniciarse a cualquier edad. Entre su sintomatología se encuentran las perturbaciones psicológicas intensas, el embotamiento psíquico o vacío emocional, la pérdida de interés en actividades que antes gustaban, el aumento de la activación (que incluye la dificultad para iniciar y mantener el sueño, pesadillas recurrentes, hipervigilancia, la respuesta de sobresalto exagerada, la dificultad para concentrarse y la agresividad), originados porque la persona se expone a estímulos parecidos al evento traumático. La reexperimentación del evento traumático en el caso de los niños se hace mediante formas estereotipadas y repetitivas de juego, así como por comportamientos regresivos, tales como la pérdida de habilidades ya adquiridas o regreso a etapas del desarrollo biológico ya superadas. Pueden presentar también síntomas físicos como dolor abdominal, dolor de cabeza y otros síntomas de la activación aumentada, así como también depresión y ansiedad (Hernández, 2002).

En relación con lo anterior, se debe hablar sobre cómo clasifica el DSM-IV-TR (APA, 2000) al TEPT. Este manual lo clasifica como un trastorno de ansiedad, siendo necesario para su diagnóstico, que la persona haya sido expuesta a un evento traumático (criterio A). La persona debe haber vivido experiencias que entrañan peligro real, amenaza de muerte o amenaza para la propia integridad física. La respuesta del sujeto debe incluir terror, desamparo u horror intensos.

El evento traumático se reexperimenta de forma persistente (criterio B); en el caso de los niños grandes, se hace por medio de recuerdos recurrentes del suceso que molesta y en el caso de los niños pequeños, se hace mediante el juego repetitivo que muestra aspectos del trauma. También, la reexperimentación se presenta por medio de sueños terroríficos o cuando los niños actúan como si estuviera teniendo nuevamente lugar el evento traumático. Debe haber un malestar psicológico intenso, al exponerse a estímulos que recuerden el evento y finalmente, hay respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que simbolicen o recuerden el evento traumático (APA, 2000).

Hay una evitación persistente de estímulos asociados al trauma (criterio C), que se presenta con los síntomas de evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones, asociados al trauma; se evitan las actividades, lugares y gente que activen los recuerdos del mismo. Suele haber una incapacidad para recordar aspectos

importantes del evento traumático, así como una disminución del interés en actividades significativas, una sensación de desapego o enajenación frente a los demás y se presenta un afecto restringido o una sensación de que la vida no durará tanto, como para llegar a ser adulto (APA, 2000).

Por otra parte, está la presencia de síntomas persistentes del aumento de la activación (criterio D), caracterizada por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada (APA, 2000).

La duración de las perturbaciones de los síntomas en los criterios A, B, C y D, se prolongan por más de un mes (criterio E). El trastorno debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro a nivel individual, familiar, social, escolar o laboral (criterio F) (APA, 2000).

Se considera que es un trastorno agudo, cuando la duración de los síntomas es menor de tres meses y crónico, cuando dura tres meses o más. También debe diagnosticarse si es de inicio demorado, es decir, cuando han pasado por lo menos seis meses entre el evento traumático y la aparición de los síntomas (APA, 2000).

También deben tenerse en cuenta los criterios del TEPT de la CIE-10 (OMS, 2003). Este manual afirma que para que se pueda diagnosticar el TEPT, se requiere de la identificación de un trauma, que se pueda relacionar temporalmente con el inicio de los síntomas. Se debe entender el trauma, como la presencia de trastornos emocionales en el sujeto, que han sido un producto de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica. De esta forma, cualquier hecho que tenga un carácter amenazante y que exija un esfuerzo importante de afrontamiento, se puede considerar traumático y producir el TEPT, el cual se manifiesta en la persona de distintas maneras (como pesadillas, reminiscencias, apatía, irritabilidad, perturbaciones emocionales, trastornos del sueño, entre otros).

Según la CIE-10 (OMS, 2003), este trastorno surge como respuesta tardía a un evento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en un número mayoritario de personas. Deben presentarse ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, que pueden predisponer el padecimiento de la

enfermedad. Entre sus características deben haber episodios reiterados de reviviscencias o sueños; persistente sensación de “entumecimiento emocional”; desapego, falta de capacidad de respuesta, anhedonia y evitación de todo lo que evoca al trauma; suelen temerse e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma; pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico y agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo; hay una actualización del trauma o de la reacción original; puede haber un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Dentro de los síntomas que acompañan al TETP están la ansiedad o la depresión y no son raras las ideaciones suicidas. Puede haber además un consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol, factor que puede agravar el cuadro clínico. El TEPT comienza con un periodo de latencia luego del trauma, cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses y el curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En algunas ocasiones, el trastorno puede tener un curso crónico, durante muchos años y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad. Finalmente, se diagnostica si aparece dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático.

Según la CIE-10, dentro de los síntomas del TEPT se pueden encontrar tres grandes esferas; los síntomas de reexperimentación; los síntomas de evitación y los síntomas de hiperactivación autónoma. Dentro de los síntomas de reexperimentación están la ideación intrusiva, las pesadillas traumáticas, los flashbacks y las reacciones psicológicas provocadas por estímulos asociados al trauma. Dentro de los síntomas de evitación están la evitación de pensamientos, lugares, situaciones y personas que recuerden el trauma; la amnesia psicógena está relacionada con algunos recuerdos traumáticos; también hay una disminución del interés, una sensación de aislamiento o disociación y de futuro desolador, una disminución del rango de afectos y una anestesia emocional. Dentro de los síntomas de hiperactivación autonómica están el insomnio, la irritabilidad, la dificultad para concentrarse, la hipervigilancia y las respuestas exageradas de sobresalto (OMS, 2003).

En cuanto a las teorías que explican el TEPT, hay dos tipos de modelos que lo hacen: los modelos biológicos y las teorías cognitivos-conductuales. Los modelos

biológicos se basan en las respuestas fisiológicas propias del TEPT y entre sus explicaciones, está el agotamiento de neurotransmisores en situaciones que no permiten el escape o a cambios fundamentales del sistema límbico. Los síntomas de hiperamnesia, respuestas exageradas de sobresalto y ataques de ira, se dan por una sobreactividad noradrenérgica, ante estímulos relacionados con el trauma. La disminución de los niveles de noradrenalina, explica la presencia de síntomas como la anhedonia y la evitación social. Otros modelos biológicos han tratado de explicar el TEPT, por posibles alteraciones de las vías neuronales producidas por la estimulación excesiva, a partir del evento traumático. El problema de los modelos biológicos es que no responden a la pregunta de por qué no todo el que experimenta un acontecimiento traumático desarrolla el trastorno. En este sentido, son las teorías cognitivo-conductuales, las que dan respuesta a esta pregunta, basándose en la perspectiva de los modelos constructivo-narrativos, que proponen que la persona construye activamente su realidad personal, la cual influye sobre la percepción que tiene la persona de lo que experimenta en el evento traumático. La forma en que la víctima del TEPT construye sus explicaciones y cómo significa la experiencia, es lo que determina y afecta su forma de afrontar el hecho; la experiencia de un suceso traumático, produce un cambio permanente en la perspectiva del individuo. Las teorías cognitivo-conductuales abordan entonces tanto la etiología, como la expresión y el curso del TEPT (Hernández, 2002).

En relación con lo anterior, un primer factor responsable de la adquisición de las emociones aversivas, está dado por mecanismos de condicionamiento clásico. El segundo factor, es la respuesta de evitación o escape del individuo ante estímulos condicionados, asociados al evento traumático. Los síntomas del TEPT son el resultado del condicionamiento clásico, en el que cualquier estímulo asociado con el evento traumático, puede adquirir propiedades del trauma original. La generalización y el condicionamiento de segundo orden, explican por qué otros estímulos neutros provocan respuestas de evitación y escape. La persistencia de los síntomas de ansiedad, se apoya en la resistencia a la extinción de estas respuestas, mantenidas mediante el refuerzo negativo que definen la evitación y el escape. El condicionamiento de segundo orden explica el empeoramiento de los síntomas con el transcurso del tiempo, porque

aumenta el número de estímulos condicionados, evocadores del suceso traumático y la activación fisiológica. El TEPT de inicio demorado o retardado, es el resultado del empeoramiento gradual, dado por el condicionamiento de segundo orden, hasta que alcanza un punto crítico de manifestación (Mower, citado por Hernández, 2002).

Por otro lado, hay cinco estadios en el desarrollo del proceso cognitivo del TEPT, entre los cuales se encuentran la exposición al estímulo estresante; la formación de la red de estímulos, con intervención de percepciones y significados subjetivos de la experiencia traumática; la activación de la “red de terror”, en un intento por procesar los recuerdos; la evitación y escape, como respuestas de afrontamiento y el proceso de resolución de la red. La variabilidad de la sintomatología del TEPT se explica, por la participación de varios factores como los antecedentes de crianza, las predisposiciones, el estatus social, el nivel de apoyo social, la apreciación subjetiva del evento por parte de la víctima y sus recursos sociales, la vulnerabilidad biológica, la predisposición heredada para responder ante el estrés y algunas condiciones con las que el individuo y su ambiente social, contribuyen a la interacción de estos factores (Hernández, 2002).

Como se había dicho antes, para Jiménez (2006) el trastorno de estrés postraumático tiene consecuencias en la esfera de lo emocional, en la conciencia, en la autopercepción, en la percepción que se tiene sobre el agresor y en las relaciones sociales con los demás. En este sentido, en la esfera de lo emocional, hay cambios de humor, ideas suicidas crónicas y en algunos casos, se lleva a cabo el suicidio; también puede haber un enojo explosivo o una inhibición extrema de las emociones; puede presentarse una sexualidad compulsiva o ser extremadamente inhibida. En cuanto a las alteraciones de la conciencia, puede haber amnesia o hipermnesia para los eventos traumáticos, despersonalización, desrealización, tener ideas intrusivas, preocupaciones constantes, angustia derivada que se presenta por revivir el trauma. Entre las alteraciones en la autopercepción puede haber sentimientos de invalidez, vergüenza, culpa y reproches, así como perder la iniciativa; puede haber también sentimientos de deshonor y de sentirse estigmatizado. Entre las alteraciones de la percepción sobre el agresor, se puede encontrar que el niño suele atribuirle al agresor poderes no realistas, puede idealizarlo y tener sentimientos ambivalentes hacia él; puede percibirlo también como un ser sobrenatural y sentirse bajo su control. Por lo que respecta a las

alteraciones en las relaciones interpersonales, se debe decir que estas se vuelven precarias, habiendo una tendencia al aislamiento, una falta de confianza hacia los otros, una dificultad para establecer relaciones afectivas y pueden relacionarse con personas que posiblemente les hagan daño; además puede haber alteraciones en el sentido de pertenencia y presentarse con frecuencia una pérdida de fe, fuertes sentimientos de desesperanza y sentimientos de desesperación.

Como cierre a este capítulo, es importante decir que se debe tener en cuenta todos los aspectos que se desarrollaron en este capítulo sobre el ASI, para poder hacer una adecuada evaluación neuropsicológica forense, puesto que estos aspectos determinarán cómo hacer la evaluación, así como también sus resultados.



### Capítulo III: Psicología Forense

En este capítulo se desarrollará todo lo relacionado con la psicología forense, partiendo de su definición y siguiendo con todo lo relacionado con el peritaje, como lo es el papel del psicólogo como perito, las funciones del psicólogo forense, el proceso penal, el informe pericial, el rol del psicólogo en la evaluación del ASI, la evaluación pericial en el ASI, el diagnóstico del ASI, las formas como se debe realizar la entrevista, algunos aspectos para tener en cuenta en la evaluación del ASI, la valoración de la credibilidad del testimonio infantil, las distintas formas en las que se puede analizar la credibilidad, algunas recomendaciones para la evaluación del ASI, la sugestionabilidad, la distinción entre realidad y fantasía en los niños, el desarrollo de los conceptos de verdad y mentira en los niños, la presencia de los niños en el acto del juicio oral y la definición de conceptos como “daño psicológico”, “lesión psíquica”, “secuela psíquica”, “secuela psicológica”, “causa”, “concausa”, “complicación”, “estado anterior” y “vulnerabilidad”.

Dicho eso, el origen etimológico de la palabra “forense”, proviene del latín “forensis” que hace referencia al “fórum” de la corte imperial de Roma o lugar donde se administra todo tipo de justicia (el “foro”), donde los tribunales oyen y enjuician las causas y también hace alusión a la práctica pericial y al informe oral o escrito del experto, ante los tribunales de justicia (Esbec y Gómez, 2000; citado por Rodríguez, 2005).

De acuerdo con Soria (2002), la psicología forense se define como aquella área de la psicología, aplicada a la búsqueda, examinación y presentación de pruebas psicológicas, con propósitos judiciales.

Por su parte, Verdejo, Alcazar-Corcoles, Gómez-Jarabo y Pérez-García (2004) describen la psicología forense, como la psicología que se aplica al contexto legal, la cual está orientada a la producción de investigaciones y a la realización de evaluaciones psicológicas aplicadas a este ámbito.

La psicología forense se basa en el proceso pericial, llamado también pericia, peritaje o peritación, el cual comenzará a describirse a continuación. El peritaje, según Collins (citado por Rodríguez y Esmeral, 2008), es el procedimiento en el que un

técnico/ especialista en un arte/ ciencia, emite un dictamen que contiene su concepto o razón técnica sobre la materia en la que se le ha pedido su intervención, la cual puede ser sobre una persona, una conducta, un hecho o cosa.

Para Esbec y Gómez (2000, citado Rodríguez, 2002), el peritaje es una declaración de conocimiento que emite una persona técnica o práctica en un proceso judicial, cuando para la acción probatoria son necesarios los conocimientos científicos de un perito profesional. La persona que hace el peritaje se llama “perito” y tiene como objetivo ilustrar, asesorar y aportar conocimientos. El perito como persona, tiene altos conocimientos, experiencia y formación en una materia y se convierte en un auxiliar o colaborador de la administración de justicia.

También el concepto de “perito” se refiere al experto en una ciencia, arte u oficio. En el caso de la psicología, el experto es el psicólogo, quien conoce la ciencia del comportamiento, donde debe regirse por una postura epistemológica y ética, utilizar modelos teóricos explicativos y/o comprensivos y utilizar métodos, técnicas e instrumentos, para dar cuenta del comportamiento humano ante la pregunta de la administración de justicia (Rodríguez, 2008).

Teniendo en cuenta lo que se acaba de decir, el papel del psicólogo como perito es el de investigar, asesorar, evaluar, predecir e intervenir en las conductas de personas involucradas en la investigación de comportamientos punibles, como los que se dan en la violencia intrafamiliar, inasistencia alimentaria, delitos sexuales, homicidios, entre otros. Su función específica es la de *evaluar*, ya que un psicólogo perito está en capacidad de llevar a cabo evaluaciones sobre el estado mental o psicológico de una determinada persona, así como también determinar el nivel de veracidad o falsedad de un testimonio, hacer evaluaciones sobre las condiciones de vida psicosociales, hacer autopsias psicológicas (también conocidas como perfilación criminal o psicológica) y otros aspectos que sean requeridos por las autoridades. Para cumplir estas funciones, se cuenta con herramientas como la entrevista psicológica, la observación, la evaluación psicológica, protocolos y pruebas psicológicas, entre otros métodos (Rodríguez y Esmeral, 2008).

También, La actuación del psicólogo forense se refiere a la exploración, evaluación y diagnóstico de las relaciones y pautas de interacción, aspectos de la

personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes, entre otros aspectos de las personas implicadas en un proceso judicial y de los cuales, se solicita el correspondiente informe psicológico (Esbec Rodríguez, 2002; citado por Rodríguez, 2008).

Se pueden encontrar cuatro funciones o actividades que puede realizar el psicólogo forense; éstas son el “testimonio”, el “testimonio cualificado”, el “perito forense” y el “asesor”. Sin embargo, se ha incluido recientemente una quinta función, denominada “perito extrajudicial”. El “testimonio” es la actividad en la que el psicólogo puede ser llamado a comparecer en el juicio oral como testigo, si su nombre es propuesto por una de las partes, con la finalidad de obtener información importante; en el contexto colombiano, el juez es quién considerará la conveniencia o no de su inclusión en el proceso jurídico (con el resto de pruebas solicitadas); se le suele preguntar sobre el tratamiento de los pacientes, sobre evoluciones terapéuticas, sobre el entorno psicosocial de una determinada persona que ha tratado, entre otros (es necesario aclarar que el psicólogo que acude al juicio oral en estos casos, no es llamado como experto en el tema que se juzga). El “testimonio cualificado” es la actividad donde el psicólogo tiene una doble función, la de seguimiento y la declaración acerca de las personas que trata (son los casos donde el psicólogo trabaja en instituciones carcelarias y de menores); esta doble función ha sido muy criticada, porque ejerce dos funciones, tanto “clínica” como “forense”, donde puede generar serias dudas acerca de la confidencialidad y el consentimiento informado. El psicólogo como “perito forense” es la actividad en la que el psicólogo ejerce sus conocimientos como experto, al margen de quien le contrata y se convierte en un apoyo del estamento judicial, al que debe brindar todos los conocimientos que se deriven de su ciencia, como respuesta a las cuestiones planteadas dentro del peritaje y todo aquello relacionado con el núcleo de la demanda (socio-demografía, estadística, metodología, investigaciones, teorías, entre muchos otros aspectos) (Rodríguez, 2008); en el contexto colombiano, el juez hace uso de la figura del psicólogo perito, cuando lo considera pertinente para tomar una decisión judicial y cuando necesite de las técnicas o habilidades situadas más allá de sus propios conocimientos profesionales y personales (Soria, 2002; citado por Rodríguez, 2008.). El psicólogo con función de “asesor”, como bien dice el nombre, asesora a jueces y tribunales para alcanzar sus objetivos, facilitando información

importante sobre la interpretación de las pruebas aportadas y en un segunda instancia, tiene un papel importante en el proceso de decisión del veredicto; también puede servir como asesor a la parte acusadora (apoyando al fiscal en su actuación con las víctimas y testigos, entrenando a los testigos y ayudando en la presentación e interpretación de pruebas); también puede asesorar a la defensa, que suele concentrarse en la selección de los jurados, interrogar a los testigos y analizar las pruebas aportadas (la actividad del asesor debe estar enmarcada dentro del cumplimiento de las normas deontológicas). La última actividad del psicólogo forense es la de ser “perito extrajudicial”, donde se recurre a éste como experto, para que emita su opinión técnica, científica o artística, sobre hechos que exigen esos conocimientos especializados y que pueden influir en los procesos civiles, comerciales, penales y laborales; se trata de dictámenes rendidos sin intervención de un funcionario judicial, fuera del proceso y de diligencia judicial previa, mediante el encargo privado de la persona interesada y por experto, escogido por está (Rodríguez, 2008).

Es importante hablar sobre cómo el proceso penal se pone en funcionamiento. De esta forma, el proceso penal comienza cuando se produce una conducta que la ley establece como delito. Se rige por los principios de publicidad, contradicción, obligatoriedad, legalidad, libre apreciación de pruebas, motivación de las sentencias y de los principios de inmediación, oralidad y contradicción. En el proceso penal, el psicólogo interviene en todas las fases, es decir, tanto en la fase de instrucción (donde aporta sus conocimientos durante la propia investigación criminal), en la valoración de manifestaciones testificales, en la evaluación de la imputabilidad del delincuente y en las medidas alternativas a la prisión o en las lesiones/secuelas psíquicas de la víctima; en todas estas fases, sería importante también la evaluación neuropsicológica forense. En la investigación criminal, el neuropsicólogo forense puede intervenir en la planificación de los interrogatorios y en la realización de perfiles psicológicos, cuando se sospeche que el fallecido tenía algún tipo de daño cerebral (Verdejo et al, 2004).

Continuando con el proceso que se debe seguir dentro de la práctica pericial psicológica, autores como Maffioletti y Salinas (2005; citados por Riviera y Olea, 2007) hablan de cuatro fases en este proceso: “la aceptación”, hace referencia al acto de contestación a la petición oficial, donde el psicólogo acepta el cargo de perito para

estudiar, valorar o diagnosticar a una o varias personas; “el juramento” por parte del psicólogo, consiste en jurar o prometer desempeñar bien y fielmente su cargo, garantizando la objetividad y la ética profesional; “la citación”, es una forma oficial de convocar al psicólogo en una fecha tope, donde debe estar terminado el informe, así como dice el día y la hora en que debe comparecer en el acto del juicio oral y el último paso del proceso, es la “ratificación”, que es el acto procesal donde las personas intervinientes en un juicio, se llaman para confirmar lo que ya ha declarado.

Se debe añadir que cuando el peritaje se realiza para un proceso penal o judicial, la persona evaluada o valorada debe saber que esta información se dará a conocer de forma oral y pública, ante los actores procesales (el juez, el fiscal, el abogado de la defensa, el representante de las víctimas y aquellas personas interesadas en el caso), por esta razón el consentimiento informado que se le entrega a la persona debe ser firmado y grabado (Rodríguez et al., 2008).

En nuestro caso, como psicólogos, el peritaje se fundamenta en el análisis del comportamiento humano (que depende de un contexto diferente en cada caso), el cual es el “elemento material probatorio” de la psicología. Éste comportamiento es la base del trabajo del psicólogo como experto, cuyo resultado debe ser la realización de un informe o dictamen pericial, que debe ser claro y preciso, así como debe contener y explicar los exámenes, experimentos, investigaciones y fundamentos técnico-científicos realizados, es decir, explicar todo el proceso en el que se apoyó el perito, garantizando imparcialidad y objetividad en su labor y en su concepto emitido. Este informe es recibido por el Fiscal, que puede ser objetado por las diferentes partes en un juicio (Defensa, Fiscal, etc.), que es después incorporado al expediente. Si el informe es acorde a la decisión que se toma en el juicio, llega ante el Juez que tiene la posibilidad de ratificar al experto o de asumir lo allí manifestado, como probado (Rodríguez y Esmeral, 2008).

Según lo anterior, el perito debe hacer un informe pericial o “dictamen”, en el cual se deben tener en cuenta algunos aspectos importantes para su elaboración. Para hacer el informe pericial, se debe tener muy claro que el contenido del informe tiene una trascendencia penal sobre la persona que está siendo evaluada, por lo que hay que referirse exclusivamente a las cuestiones solicitadas y a las propias de la disciplina

(psicología). También se debe tener en cuenta la presencia física de la persona, su postura, sus gestos, su conducta verbal y la confianza en sí mismo, ya que estos aspectos pueden aumentar o disminuir la credibilidad del testimonio en el juicio oral. Cuanto más abundante y precisa sea la obtención de datos, más rica será la información que se podrá aportar en el informe. El perito debe poseer un bagaje de conocimientos jurídicos mínimos, para desempeñar su función de la mejor forma, permitiéndole actuar de un modo serio, responsable e informado. Finalmente en el informe pericial, se debe evitar emitir juicios de valor o guiarse por éstos, así como se debe también evitar emitir datos injuriosos o inverosímiles, aspectos irrelevantes y conclusiones no probadas (Maffioletti y Salinas, 2005, citados por Riviera y Olea, 2007).

A continuación se va a especificar el rol del psicólogo forense en la evaluación de los casos de abuso sexual infantil. Dicho eso, el psicólogo tiene un papel importante en este tipo de casos, ya que el psicólogo forense es el que debe orientar jurídicamente, entrevistar judicialmente, hacer un examen mental del menor, prepararlo para la declaración, darle asistencia mientras hace la declaración, asesorarlo y hacer talleres de prevención, entre otras funciones. Para poder llevar a cabo estas funciones, el psicólogo debe cumplir con unas características específicas para trabajar en los casos de ASI; estas características son la de tener la capacidad de generar empatía y confianza, tener la capacidad de establecer una buena comunicación con el menor, saber escuchar, no criticar, ni censurar y finalmente, tener en cuenta la privacidad del menor (Jiménez, 2006).

Según Rodríguez et al. (2008) cuando se esté trabajando en un caso de ASI, el psicólogo forense debe evitar hacer prejuicios o asumir posiciones valorativas; en cambio, debe ser objetivo para que la víctima se sienta escuchada y aceptada. En caso de que el psicólogo se sienta afectado por la situación de la víctima, es importante reconocerlo y evitar que esos sentimientos intervengan en su labor, ya que esto le puede impedir brindar una ayuda objetiva y efectiva a la víctima. A su vez, es importante conocer las propias limitaciones y remitir a la víctima, cuando no se pueda manejar el caso; también no se debe prometer lo que no se puede cumplir (especialmente en relación a los aspectos legales) y se debe disponer del tiempo necesario, así como mostrar una actitud abierta, sensible y empática; también es

importante haber sido entrenado adecuadamente para hacer intervención en crisis y se debe dar un tratamiento confidencial al caso; la intervención debe hacerse en el momento en el que se solicita, debido a que si se pospone, puede implicar una retractación que favorecería la repetición del abuso; cuando el ASI se da dentro de la familia, cada padre y niño debe ser entrevistado por separado; para concluir, se debe brindar confianza al niño, para aliviar las tensiones que puedan interferir con los objetivos.

Respecto a la evaluación del ASI, el psicólogo forense debe delimitar con exactitud, cuál ha sido la situación sufrida, especificándola lo máximo posible y valorando cuáles son las medidas de protección y tratamiento que requiere el menor. También en la evaluación se debe revisar todo el material disponible (sin prejuicios), antes de llevar a cabo la entrevista con el menor; se debe informar de forma comprensible para el menor, el propósito de la entrevista, los límites de la información obtenida, el proceso administrativo y judicial posterior. Es importante adaptar la entrevista, de acuerdo a la situación del menor y al momento en el que se encuentra, así como hacerle sentir que se encuentra en un ambiente de protección y establecer un clima de confianza que permita la expresión de las emociones y pensamientos del menor. La actitud del evaluador debe ser de comprensión y estar libre de cuestionamientos (ya que la evaluación de la credibilidad se hace después de las entrevistas). La evaluación debe ser lo más completa posible, para tener una mayor información sobre el menor y se debe registrar la entrevista en video o en audio mientras sea posible, para preservar el testimonio como prueba, reduciendo el número de entrevistas y así una posible revictimización. Por último, se debe recoger contextualmente las preguntas y respuestas, al igual que la comunicación no verbal y demás aspectos interactivos (Rodríguez et al., 2008).

La evaluación pericial en el abuso sexual infantil, se basa fundamentalmente en tres pilares. El primero es el *psicodiagnóstico*, que hace referencia a la descripción de la persona evaluada, en cuanto a su funcionamiento cognitivo, afectivo, social, familiar, su historia de desarrollo, de su salud, del nivel de escolaridad, del comportamiento y otros datos relevantes; la metodología utilizada para recoger esta información, es principalmente la entrevista forense y la psicometría (pruebas). El segundo es el

*contexto*, que hace referencia a las descripciones que permiten situar los hechos investigados, en un escenario concreto; este análisis se divide en dos áreas de contenidos, el primero se relaciona con todo lo referente al delito denunciado y el segundo, con el contexto de desarrollo de la persona examinada, su historia vital y en dónde ocurrieron los hechos investigados; la metodología que se empleada para obtener esta información, es la entrevista de investigación y el análisis de las actuaciones de investigación. El último pilar es el *análisis de la credibilidad del testimonio infantil*, que hace referencia a la valoración del grado de ajuste del relato, a los criterios de realidad (definidos a priori), por parte de un profesional experto en psicología, aunque la ausencia de criterios de credibilidad no implica necesariamente que el relato sea ficticio, puesto que existen diferentes factores que pueden influenciar el tipo y/o la cantidad de información que se entrega, respecto a los hechos estudiados (Maffioletti y Salinas, 2005; citados por Riviera y Olea, 2007).

Se debe destacar la importancia del diagnóstico precoz del ASI, ya que de esta forma se puede impedir la continuación del abuso sexual y lo que éste implica para el desarrollo del menor. Como se dijo antes, también es necesario el análisis de la validez del testimonio del niño, así como las implicaciones legales y familiares de este problema, la corta edad de muchas de las víctimas implicadas (ya que todos estos aspectos requieren de una evaluación cuidadosa, donde se analice con detalle, la capacidad de fabulación y la posible distorsión de la realidad, así como la veracidad de las retractaciones). Los aspectos mencionados hace un momento, son fundamentales para evitar la tendencia que hay de denunciar por abuso sexual infantil falsamente a la pareja, sobre todo en el caso de mujeres que denuncian a sus ex parejas con acusaciones hechas en litigios por la custodia de los hijos, por un deseo de venganza o por una situación de despecho. Por otra parte, es necesario mencionar que falta una mayor finura en los procedimientos de diagnóstico actualmente disponibles (Echeburúa y Corral, 2006).

Relacionado con lo anterior, es importante mencionar los aspectos que se deben tener en cuenta para hacer un adecuado diagnóstico del ASI. Este diagnóstico se debe basar en la habilidad que tenga el entrevistador, para facilitar la comunicación por parte del menor, ya que con frecuencia los menores suelen poner resistencia al hablar del



abuso, sea por la dependencia económica, por la dependencia emocional, por amenazas hacia el menor o hacia algún ser querido, así como es muy posible que el menor se sienta culpable por lo ocurrido o sienta pena de comentarlo, que tenga miedo de no ser creído, que algún adulto le haya dicho que lo sexual no se discute (volviéndose tabú), entre otras razones. También puede ocurrir que el menor no sepa cómo decir qué pasó o puede que quienes lo rodean no puedan interpretar lo que dice, así como otra posibilidad es que el menor termine reprimiendo el hecho (en forma de amnesia psicógena), por su carácter traumático (Viar y Lamberti, 1998; citados por Rodríguez et al., 2008). Para facilitar la comunicación entre el entrevistador y el niño, se recomienda evitar las entrevistas múltiples y prolongadas; también se recomienda entrevistarlo con un encuadre apropiado, de acuerdo a sus necesidades, facilitando el sentirse cómodo y en un ambiente de privacidad. Es importante que se entreviste sólo al menor, evitando que esté presente algún adulto o que el menor se encuentre cuando algún adulto describa lo que le pasó; especialmente, se debe evitar su confrontación con el agresor (Rodríguez et al., 2008).

Continuando con la forma cómo se debe realizar la entrevista en los casos de ASI, lo primero que se debe tener presente es que ésta tiene que hacerse de acuerdo al desarrollo psicológico del menor, así como también teniendo en cuenta los aspectos éticos por parte del psicólogo, para obtener el bienestar del menor. Dentro de estos aspectos éticos se encuentran los siguientes: el saber escuchar, atender y crear un clima positivo cuando existan manifestaciones de abuso sexual infantil o maltrato infantil; intervenir en situaciones de maltrato e informar a las autoridades competentes; informar al menor y a sus padres del propósito de la intervención y cómo es el posterior proceso administrativo-judicial; presumir la inocencia del presunto agresor; reducir al mínimo el número de intervenciones, para evitar la revictimización del niño; tener una formación profesional específica en el ámbito forense; tener información actualizada sobre las características específicas de la dinámica relacional que genera el ASI y el maltrato infantil; los factores de riesgo, los indicadores físicos, emocionales, conductuales y sexuales, que lleven a sospechar su existencia; también se deben conocer los efectos que comportan el desarrollo de niños y jóvenes; además, se debe tener en cuenta que existen varios mitos y falsas creencias que dificultan la detección

de ASI; se debe procurar tener un consenso sobre las evaluaciones e intervenciones con el equipo forense a través de la objetivación e intercambio de puntos de vista; se debe determinar la necesidad de la asistencia psicológica para la víctima; se debe informar únicamente los hechos que sean relevantes para el proceso y los psicólogos peritos no podrán hacer intervenciones terapéuticas en el mismo caso. Si después de hacer la evaluación psicológica, se considera que el testimonio del menor no es creíble, se debe indagar qué es lo que lo ha llevado a decir eso. Se debe evaluar el nivel de urgencia de la situación, según el riesgo de sospecha o de certeza, en función de la necesidad de asistencia médica o psicosocial del menor, la necesidad de protección judicial-policial-administrativa del menor, la necesidad de recoger pruebas forenses ante del abuso, entre otras; la actuación en crisis debe asegurar la protección del menor, reduciendo su sufrimiento y finalmente, es necesario mantener una postura reflexiva y activa en la que se evite tanto la precipitación como la inhibición (Rodríguez et al., 2008).

Se debe destacar también cuáles son las pautas de actuación, al momento de trabajar con un menor. Dicho esto, es importante reducir el nivel de ansiedad del niño, procurando que se sienta acogido y comprendido, evitando realizar gestos o verbalizaciones que susciten en el menor la sospecha de que se le está juzgando, reprochando o poniendo en duda su testimonio. Se debe proporcionar seguridad y solicitar la colaboración del menor, mediante manifestaciones de aprobación, así como transmitirle seguridad y confianza al menor. En muchas ocasiones, los niños de corta edad podrán hablar al oído del entrevistador, a pesar de que se encuentran en una oficina solos con el profesional que los examina y a pesar de que la puerta esté cerrada, ya que tienen miedo de que "alguien" pueda enterarse de lo que estén diciendo; por esa razón, se debe permitir que los niños hagan todo aquello que les haga sentirse más seguros (como comprobar si la puerta está realmente cerrada, si hay alguien más al otro lado, etc.). Se debe solicitar las debidas aclaraciones al menor, después de la entrevista, en caso de que existan dudas; una vez que el menor ha realizado su relato, conviene volver sobre el mismo, aclarando puntos confusos y rellenando lagunas informativas, para obtener una información más completa y en este punto, hay que aclararle al menor que si no se acuerda de algún detalle o no está

seguro de algo, lo especifique. También es muy importante la información acerca de las cogniciones y estados emocionales tanto antes, como durante y después de haber ocurrido el episodio, evitando las preguntas cerradas o directivas, que puedan sugerir una respuesta. Hay que animar al menor a participar activamente en el resto de las pruebas que conforman la valoración, para conocer el funcionamiento del menor y su nivel de desarrollo en las diferentes áreas (Jiménez y Martín, 2006).

Volviendo al tema que antes se había mencionado, pero que no se había profundizado, una de las tareas fundamentales del psicólogo forense como perito, es la de evaluar la credibilidad del testimonio de los menores víctimas de abuso sexual. En este sentido, es importante destacar que lo que caracteriza a la mayoría de los delitos sexuales contra los niños, es la ausencia de evidencias objetivas (por tratarse principalmente de actos sexuales abusivos y no de acceso carnal violento, donde habría como tal una penetración que dejara evidencia física); por ese motivo, las declaraciones o el testimonio de los menores son la única prueba en estos casos, de manera que se vuelve imprescindible hacer el análisis de la credibilidad de su testimonio (Rodríguez et al., 2008).

La valoración de la credibilidad del testimonio infantil, se debe realizar en función de la edad y de las características psicológicas del menor (como nivel de conocimientos, desarrollo intelectual, uso del lenguaje, memoria y características de su personalidad), utilizando en lo posible un lenguaje comprensible para el menor, estableciendo una relación cálida, cercana y acogedora con éste, para disminuir su miedo y sus sentimientos de vergüenza y culpa. Para ello, resulta adecuado el uso de actividades relajantes que favorezcan la comunicación al reducir el nivel de ansiedad de los menores (charla, dibujo, etc.). Otras características individuales del menor que se deben tener presentes son su historia previa, el nivel intelectual, la capacidad para interpretar situaciones, para relacionar conceptos y estructurar narraciones, su nivel de conocimientos en materia sexual, su lenguaje y nivel de vocabulario, su implicación emocional, etc. También hay que indagar si hay posibles motivos de falseamiento en la declaración y la posibilidad de que haya presiones sobre el testimonio del menor, por distintos motivos (sea de forma involuntaria, por interrogatorios inadecuados o el uso incorrecto de material de apoyo) (Jiménez y Martín, 2006).

A continuación, se van a presentar las diferentes formas que existen para analizar o evaluar la credibilidad del testimonio infantil en casos de ASI, comenzando con las técnicas de la S.V.A y la C.B.C.A., siguiendo después con la entrevista de elaboración narrativa, con la entrevista cognitiva y otro tipo de entrevistas un poco más específicas y cortas, para finalizar con lo que se recomienda y se aplica en el Protocolo de San Diego, todas pertinentes para este capítulo.

Dicho ésto, las técnicas de la S.V.A. (evaluación de la validez de la declaración) y la C.B.C.A. (evaluación de la credibilidad del relato) son actualmente las más utilizadas, aunque no las únicas. Mientras que la primera de estas técnicas trata de evaluar la actitud del menor y los aspectos de la exploración del hecho, la segunda está referida más a determinar si el testimonio del menor es técnicamente creíble o no. La S.V.A. es un instrumento para valorar la validez de una declaración durante la entrevista y para valorar el grado de adecuación de la misma, que incluye la evaluación del análisis de la declaración, basada en los criterios de la C.B.C.A. Es importante que los resultados de ambas técnicas sean integrados, para tener una mejor obtención de información (Jiménez y Martín, 2006).

Según Rodríguez et al. (2008), el análisis del contenido de las declaraciones del menor, se basa en los criterios de la S.V.A. y en la C.B.C.A., que son las técnicas más útiles para la evaluación de la veracidad del testimonio, haciendo un estudio detallado con todas las declaraciones. Antes de hacer la evaluación con el menor, es igualmente necesario entrevistar a las personas relacionadas con él, para obtener una mayor información sobre el suceso específico. Una vez que se hace ésta, se debe llevar a cabo la entrevista con el menor, en la que se le pide que cuente (en forma de relato libre) todo lo relacionado con los hechos, tanto antes, como después de que el hecho sucediera. En la S.V.A. el evaluador necesita estar al tanto del desarrollo cognitivo y del estado emocional del niño, para saber cómo ésto puede llegar a afectar la interpretación y el recuerdo del evento; también se debe tener en cuenta información adicional, como la de informes médicos, evaluaciones psiquiátricas previas, informes escolares y otros elementos que puedan surgir de las personas cercanas al niño.

A continuación se van a presentar los criterios de cada una de las técnicas antes mencionadas.

La S.V.A. consta de 11 criterios repartidos en tres categorías (Jiménez y Martín, 2006), los cuales son los siguientes:

A) Características psicológicas:

- Adecuación de lenguaje y conocimiento.
- Adecuación del afecto.
- Sugestionabilidad (o susceptibilidad a la sugestión).
- Preguntas sugestivas, directivas o coactivas.
- Adecuación global de la entrevista.

B) Motivación para informar en falso:

- Motivos para informar.
- Contexto de la revelación o del informe original.
- Presiones para informar en falso.

C) Cuestiones de la investigación:

- Consistencia con las Leyes de la Naturaleza.
- Consistencia con otras declaraciones.
- Consistencia con otras evidencias.

Ahora se hablará del C.B.C.A. o “Análisis del contenido basado en criterios” de Raskin y Esplin (1989; citados por Escribano y Vallespín, S.F), el cual tiene en cuenta los siguientes aspectos:

1. Contenidos generales

- Estructura lógica
- Producción desestructurada
- Cantidad de detalles específicos
- Coherencia interna y consistencia

2. Contenidos específicos

- Adecuación contextual
- Interacciones víctima-agresor

- Reproducciones conversacionales
- Complicaciones inesperadas

### 3. Peculiaridades del contenido

- Detalles inusuales
- Detalles mal interpretados, pero descritos con exactitud
- Detalles sobre estado mental del niño
- Detalles sobre estado mental del perpetrador

### 4. Contenidos relacionados

- Correcciones espontáneas
- Admitir falta de memoria
- Plantear dudas sobre el propio testimonio
- Autodespreciaciones

### 5. Elementos específicos de la agresión

- Antecedentes y secuelas agresión

Otros criterios adicionales al C.B.C.A. de Clemente y Villanueva (citados por Escribano y Vallespín, S.F), para evaluar el testimonio del menor son:

- La demostración de conocimientos sexuales más amplios de los esperados para la edad del niño.
- Preguntar dónde se encontraba el resto de miembros de la familia en el momento del abuso.
- Preguntar qué ropa llevaba el agresor y la víctima.
- Preguntar qué ropa se quitaron.
- Preguntar si el agresor le dijo a la víctima que no hablara sobre lo sucedido (que lo mantuviera en secreto).
- Preguntar si el menor habló con alguien de lo sucedido y qué respondió.
- Preguntar la frecuencia y la duración de la conducta sexual.
- Preguntar la existencia de diferentes tipos de abuso y de diferentes agresores.
- Preguntar la existencia de progresión en la actividad sexual a lo largo del tiempo.

- Preguntar si hubo utilización de coacción, persuasión, presión, etc. por parte del agresor.
- Preguntar si hay lagunas amnésicas por parte del menor.
- Preguntar si la reacción emocional del menor fue congruente con el abuso (como sentir miedo, vergüenza, culpa, placer, etc.)

Para abordar el análisis del testimonio infantil, lo mejor es utilizar una técnica mixta que consta de una fase de recuerdo libre (formato narrativo), seguido de un interrogatorio de preguntas abiertas (no inductivas), que tengan un fin puramente aclaratorio. En una segunda fase se recomienda usar la entrevista cognitiva, como técnica de recuperación de la memoria (Jiménez y Martín, 2006).

En este punto, es importante hablar primero sobre otro tipo de entrevista, que es “la Entrevista de Elaboración Narrativa”. Según Saywitz y Snyder (2000; citados por Jiménez y Martín, 2006), ésta tiene como objetivo ayudar a los niños a superar sus limitaciones evolutivas de memoria y de comunicación (como también ocurre con la entrevista cognitiva). La entrevista de elaboración narrativa pretende obtener información más exhaustiva y exacta, con una ampliación de la memoria mediante preguntas de seguimiento centradas en la declaración y no, en la constatación de las hipótesis del entrevistador. Las investigaciones muestran que aplicando ésta entrevista, hay un aumento significativo (alrededor de un 53%) de los recuerdos del suceso. Lo que se hace en esta entrevista, es proporcionar un guión sobre el cual, el menor debe ajustar su relato; el guión consiste en una serie de pasos o categorías de información, que el menor debe tener en cuenta a la hora de proporcionar su información, en cuatro fases:

La primera fase es el entrenamiento en la elaboración narrativa, donde lo primero que se hace es explicarle al menor, las razones de utilizar nuevas formas de mejorar el recuerdo. Después, se proporciona al menor unas instrucciones para que sus descripciones sean más completas y exactas. Luego se explica una estrategia para organizar el recuerdo en cinco categorías (participantes, ambiente, acciones, conversación, estados afectivos y consecuencias), para informar con detalle cada una de estas cinco categorías. Lo siguiente es entregar unas tarjetas recordatorias de estas

categorías, a modo de señales visuales, para que recuerde cada uno de los aspectos que debe tratar. Se debe practicar el uso de esta estrategia con sucesos simulados, utilizando un feedback con afirmaciones exactas y modelando las respuestas del menor con el fin de que sean más detalladas, así como recordar las instrucciones antes de iniciar la entrevista (Saywitz y Snyder, 2000; citados por Jiménez y Martín, 2006).

La segunda fase es el recuerdo libre, que se inicia con una serie de preguntas abiertas con el fin de obtener una información descriptiva del suceso. El entrevistador debe permanecer en silencio hasta que el menor dé por finalizado su relato, aunque éste sea insuficiente (Saywitz y Snyder, 2000; citados por Jiménez y Martín, 2006).

La tercera fase es la del recuerdo guiado, en la que se le da al menor la oportunidad de elaborar el contenido de su narración anterior. Ésto se hace, presentando de nuevo las tarjetas y preguntándole si recuerda algo más de cada una de las categorías. Finalmente, la cuarta fase se da cuando el entrevistador efectúa las preguntas aclaratorias que crea oportunas (Saywitz y Snyder, 2000; citados por Jiménez y Martín, 2006).

Por lo que respecta a la “Entrevista Cognitiva”, ésta se ha desarrollado a partir de un procedimiento de entrevista con adultos, que se puede aplicar también a niños, basándose principalmente en dos principios de la memoria. El primer principio es el que afirma que los trazos de memoria se componen por varias características y la efectividad del recuerdo depende de la codificación de los rasgos relacionados con el evento; el segundo principio dice que hay diferentes vías de acceso al recuerdo, de manera que cuando una de estas vías está bloqueada, se puede llegar al recuerdo por otra (Alonso-Quecuty, 1995; Cantón, 2000; Gaiselman y Fisher, 1992; citados por Juárez, 2004).

La entrevista cognitiva consta de cinco fases, las cuales son la introducción, la narración libre, el estadio probatorio donde el entrevistador guía al testigo, el estadio de revisión (donde se comprueba la exactitud de la información y se da nuevamente la oportunidad para seguir recordando y por último, el cierre de la entrevista (Alonso-Quecuty, 1995; Cantón, 2000; Geiselman y Fisher, 1992; citados por Juárez, 2004).

Escobar (S.F.), habla sobre los orígenes de la entrevista cognitiva y explica que se originó en Estados Unidos, a comienzos de los años 80, dándose como una



respuesta a las demandas recibidas de policías y jueces acerca de un método para mejorar la entrevista policial. Ella cita a Geiselman y Fisher (1994), que propusieron cuatro técnicas generales de entrevista, para aumentar la cantidad y la calidad de información obtenida de víctimas y testigos de crímenes. Estas técnicas son:

- a) Reinstauración mental del contexto, que se refiere a las circunstancias físicas (o ambientales), así como las personales (o internas), bajo las que el testigo vivió el hecho.
- b) Compleción, que es la instrucción para que el testigo diga todo lo que sabe acerca del evento, aunque piense que es irrelevante o que no viene al caso.
- c) Recordar el suceso en un orden diferente, es decir, una técnica que induce a los entrevistados a examinar el registro mnémico (o recuerdo), sin la influencia de su conocimiento general sobre el tipo de crimen en cuestión, aportando nuevos datos no encontrados en el orden natural.
- d) Cambiar de perspectiva: en muchos casos, las víctimas o testigos experimentan el incidente desde varias perspectivas, pero hay una tendencia en las personas a relatar lo que recuerda desde una perspectiva unitaria, estática.

Hay, por otra parte, unas técnicas auxiliares que se utilizan para recordar más detalles (Geiselman y Fisher, 1994; citados por Juárez, 2004), que son:

- Hacer preguntas sobre la apariencia física (un ejemplo sería preguntar si el modo de vestir del agresor, le hizo recordar a alguien conocido).
- Hacer preguntas sobre los nombres (un ejemplo de esta técnica sería recorrer el alfabeto para recordar la primera letra del nombre del agresor).
- Hacer preguntas sobre los objetos (como por ejemplo describir los objetos que entraron y salieron de la habitación).
- Hacer preguntas sobre las conversaciones y rasgos del habla del agresor (como preguntar si alguien habla con un acento raro o con tartamudeo).

Sin embargo, la entrevista cognitiva tiene algunas desventajas cuando se aplica a niños pequeños (niños inferiores a los siete u ocho años edad), tal como lo plantea

Poole y Lamb (1998; citados por Juárez, 2004). Para evitar algunos problemas con la aplicación de estas técnicas, se propone la entrevista estructurada (Memon, Wark, Bull y Koehnken, 1997; citados por Juárez, 2004), basada en la entrevista cognitiva, de forma que se deben aplicar sólo los componentes en los que se presenta menos dificultades para los niños, manteniendo siempre la empatía con ellos y permitiendo que ellos guíen la interacción, mediante la utilización de preguntas abiertas y estimulando múltiples intentos de recuerdo.

También, en la entrevista cognitiva se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: minimizar los estímulos innecesarios que pueden distraer a la persona, de forma que se maximice la concentración para recordar (esos estímulos se refieren tanto a nivel ambiental, como a las preguntas inoportunas hechas por el entrevistador); se debe recrear el contexto verbal del suceso y todos los detalles del entorno físico, pensamientos, reacciones emocionales expresadas y el estado psicológico, así como también se debe entender que el recuerdo de un evento es la mezcla de diferentes tipos de información, por lo que atender a todo este tipo de información puede ser útil para la entrevista; finalmente, se debe tener en cuenta que un error, un falso recuerdo o no recordar algún detalle, no significa que toda la información que se ha dado sea poco fiable (Alonso-Quecuty, 1995; Cantón, 2000; Geiselman y Fisher, 1992; citados por Juárez, 2004).

Por su parte, Pérez (2009) también habla de la entrevista cognitiva, pero según él “mejorada”, la cual es muy parecida a la original, excepto por el hecho de que se le han añadido una serie de instrucciones, para procurar crear un buen clima de comunicación; para que se transfiera el control al entrevistado; para que las preguntas sean compatibles con la estructura mental del entrevistado; para animar al entrevistado a que emplee el recuerdo centrado y para animar al entrevistado a que emplee imágenes.

Según varias investigaciones, se ha encontrado que hay un 40% más de información aplicando la entrevista cognitiva, que la entrevista policial estándar. También, se han hecho estudios sobre los resultados de la aplicación de la entrevista cognitiva y se encontró que ésta, incrementa la amplitud y la precisión de los informes de los testigos, sin que aumenten los errores y fabulaciones (Pérez, 2009).

Memon et al. (1993; citados por Pérez, 2009) demostraron mediante una investigación, que no todos los niños son capaces de comprender y emplear de manera efectiva la entrevista cognitiva, por lo que sugieren que un buen entrevistador debe diseñar las entrevistas, teniendo en cuenta las capacidades cognitivas y lingüísticas de cada niño.

Por su parte, Milne et al. (1994; citados por Pérez, 2009) encontraron que la entrevista cognitiva mejora el recuerdo de los niños en relación a las personas y los detalles del suceso y no genera sugestionabilidad, aunque si podía incrementar los errores e invenciones sobre las personas. También encontraron que es importante diferenciar entre las preguntas consistentes e inconsistentes con el guión, ya que los niños reaccionan de manera diferente a este tipo de preguntas, en un contexto sugerente.

Un aporte importante que sugiere Geiselman y Padilla (1988; citados por Pérez, 2009) es que se debe diseñar una entrevista cognitiva para niños, especialmente para los menores de siete años. Pérez (2009), concluye que ésto mismo se debe tener en cuenta, en relación a la entrevista de personas mayores o de personas con discapacidad y que se estaría hablando no solo de una única entrevista cognitiva, sino de varias, adaptadas de acuerdo a la edad del testigo y seguramente también, al tipo de delito.

Por su parte, Escobar (S.F.) propone unos criterios de evaluación para determinar la veracidad del testimonio infantil, a partir de la entrevista cognitiva y del C.B.C.A. Estos criterios que ella plantea son la evaluación de:

1. La estructura lógica
2. La elaboración inestructurada
3. La cantidad de detalles
4. El engranaje contextual
5. La descripción de interacciones
6. La reproducción de la conversación
7. Las complicaciones inesperadas durante el incidente.
8. Los detalles inusuales

9. Los detalles superfluos
10. La incomprensión de detalles relatados con precisión
11. Las asociaciones externas relacionadas
12. La atribución del estado mental del autor del delito
13. Los relatos del estado mental subjetivo
14. Las correcciones espontáneas
15. La admisión de la falta de memoria
16. El planteamiento de dudas sobre el propio testimonio
17. La autodesaprobación
18. El perdón al autor del delito
19. Los detalles características de la ofensa

Otros criterios de evaluación en la valoración del testimonio del menor, son los propuestos por Johnson y Raye, Memon y Köehnken y Undeutsch y Steller.

Johnson y Raye (1993; citados por Jiménez y Martín, 2006) llamaron "Control de realidad" a la actividad de discriminar entre los sucesos externos y los derivados de sucesos internos. Los criterios que plantean para evaluar el testimonio del niño que se debe tener en cuenta son:

A) Los recuerdos generados externamente:

- Tienen más información contextual.
- Tienen más detalles sensoriales.
- Las declaraciones tienen menos pausas y estas son más cortas.

B) Los recuerdos generados internamente:

- Contienen más información acerca de estados emocionales y cogniciones (información idiosincrásica).
- Suelen tener mayor número de palabras, más muletillas y más referencias a uno mismo.
- Suelen tener más pausas y más largas.

En un estudio posterior, Alonso Quecuty (1992; citada por Jiménez y Martín, 2006), introdujo la variable "demora" entre el suceso y el testimonio, concluyendo que:

- En los testimonios inmediatos se cumplen los supuestos de Johnson y Raye.
- En los testimonios demorados se invierten estos supuestos, salvo el de la información idiosincrásica. Esto quiere decir que, a mayor lapso de tiempo transcurrido entre el suceso y el testimonio, hay una mayor elaboración del relato por parte del testigo.

Memon y Köehnken (1994, citados por Jiménez y Martín, 2006), proponen unos aspectos diferenciales entre las declaraciones verdaderas y las falsas; estos aspectos son una serie de rasgos, para discriminar los testimonios creíbles de los no creíbles, los cuales son:

- La longitud del relato (a mayor longitud, mayor credibilidad).
- La verificabilidad (proporcional también a la credibilidad).
- Las evidencias en el relato.
- La complejidad del hecho.
- Los conocimientos del testigo en la materia (el desconocimiento es un factor a favor de la credibilidad).
- La duración del suceso (a mayor duración es más probable que no sea inventado).
- La implicación emocional del sujeto en el relato.
- La estimación del tipo de mentira posible.
- Las tendencias autoinculpatorias/inculpación del denunciante.
- El alcance de los posibles engaños (hasta qué punto es capaz de mentir el sujeto).
- El tipo de implicación emocional, según sea perpetrador o víctima.
- La secuencia de las declaraciones (comparación del primer relato con los posteriores).

En otros estudios posteriores, se ha concluido que los rasgos más importantes son la longitud del relato, el número de pausas, la cantidad de información contextual y sensorial, así como los datos idiosincrásicos (Jiménez y Martín, 2006).

Por su parte Undeutsch y Steller (1991, citados por Jiménez y Martín, 2006), plantearon el “Análisis de la Realidad de la Declaración” o S.R.A. Este modelo se fundamenta en dos supuestos:

- Las declaraciones basadas en hechos reales (autoexperimentadas) son cualitativamente diferentes de las declaraciones que no se basan en la realidad y son producto de la fantasía.
- Los criterios del análisis de la realidad reflejan los aspectos en los que los testimonios sinceros difieren de los falsos.

El análisis de la realidad de una declaración es aplicable a sujetos menores de 15 años que dicen haber sido víctimas de abuso o de agresión sexual y se basa en la entrevista y en el análisis de la declaración. Para preparar la entrevista según Undeutsch y Steller (1991, citados por Jiménez y Martín, 2006), se debe empezar por el estudio del Sumario. Una vez se esté en la situación de entrevista, se invitará al menor a que refiera libremente los hechos (sin interrupciones), para posteriormente efectuar las preguntas pertinentes (preguntas de control, aclaraciones, explicación de contradicciones, etc.) y se detallarán las observaciones acerca del comportamiento del menor en las distintas fases de la entrevista.

Finalmente, hay un protocolo que habla también de la forma como se debe llevar a cabo la entrevista con niños víctimas de abuso sexual, pautas importantes para tener en cuenta en esta investigación. El protocolo del que se está hablando es el que se conoce como el Protocolo de San Diego (realizado en el 2001), más conocido como “California Medical Protocol for Examination of Sexual Assault and Child Sexual Abuse Victims”. En éste se plantea que el objetivo de los profesionales de la salud, debe ser la obtención de un buen testimonio sobre el abuso, para llevar a cabo el proceso penal del agresor y para comenzar a realizar el tratamiento psicológico. Para lograr estos

objetivos, se debe hacer una serie de pasos durante el desarrollo de la entrevista, que tiene un comienzo, un intermedio y un cierre. Los pasos a seguir en este protocolo sirven para cualquier tipo de agresión sexual y para cualquier tipo de víctima (sea niño, adolescente o adulto).

Para el comienzo de la entrevista, según el Protocolo de San Diego (2001), se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Presentarse al paciente: decir quién es uno, qué hace, entre otras cosas.
2. Explicar su papel y cuál es su propósito: describa su papel y responsabilidades, así como también la forma cómo se va a proceder y lo que se va a hacer en todo momento.
3. Reconocer la experiencia, dando a entender que un incidente importante se ha producido y decirle al menor que es normal tener sentimientos al respecto.
4. Mostrar conciencia de los posibles sentimientos: hay que recordar siempre que el menor no sabe qué esperar, por lo que puede sentirse temeroso, estar a la defensiva o ansioso. En ese caso es fundamental transmitir confianza para proporcionarle la seguridad necesaria para el establecimiento de una relación.
5. Expresar empatía: la empatía es la capacidad del profesional para entender y responder a los sentimientos del paciente y su experiencia.
6. Mantener una actitud profesional: se debe evitar a toda costa hacer juicios sobre la veracidad (o credibilidad) del testimonio del menor. Hacer preguntas personales, insinuaciones y tener ciertas actitudes expresadas mediante el lenguaje corporal, puede generar un impacto negativo.
7. Centrarse en el lenguaje verbal y no verbal del menor: hay que mantenerse siempre enfocado en lo que dice el menor y hacer una retroalimentación para que el menor se dé cuenta que se le está atendiendo y para que se facilite la empatía. En los casos de

abuso sexual, lo principal es estar atento a las manifestaciones de miedo y ansiedad, en especial cuando se va a realizar un examen médico.

Además de lo que se acaba de decir, se debe tener en cuenta que no hay dos víctimas iguales, por eso como profesional de la salud, hay que ser abierto, flexible y contar con recursos para responder a las necesidades de cada individuo, con un respeto sincero por su singularidad. Algunos pacientes pueden ser inexpresivos o se sienten incapaces de identificar los sentimientos que surgen en el momento y hay otros que pueden ser inundados con muchas emociones, incapaces de resolver sus sentimientos. También se vuelve fundamental la creación de un ambiente cálido y tranquilo, para ayudar a reducir la ansiedad (Protocolo de San Diego, 2001).

Para el intermedio de la entrevista, según el Protocolo de San Diego (2001), se debe tener en cuenta lo siguiente:

8. Explicar por qué es necesario dar una historia detallada de los hechos: dar explicaciones sencillas reducen la ansiedad y ayuda al menor a recuperar la sensación de control. Se puede comenzar pidiendo que se relate lo que pasó y explicar que es posible que se tenga que hacer algunas preguntas de seguimiento para clarificar la información, así como también se pueden presentar algunas preguntas que generen vergüenza e incomodidad. El apoyo dado durante la entrevista, además de ser verbal, debe ser no verbal. Es importante ser paciente y dar tiempo, para que el menor responda las preguntas, escuchando con atención y mantenimiento el contacto visual.

9. Validar los sentimientos expresados por el menor: la mayoría de los pacientes se sienten aliviados al saber que los sentimientos que están experimentando son normales frente al abuso. Los sentimientos como la vergüenza, el miedo, la culpa y la ansiedad, son frecuentemente muy dolorosos por su naturaleza e intensidad. También se debe reconocer lo difícil que puede ser hablar de ello.

10. Responder a las manifestaciones de culpa y miedo por parte del menor: se debe



aclarar que el menor no tuvo la culpa del suceso, sino que fue una víctima. Es mejor no dar falsas esperanzas de alivio cuando el menor empiece a expresar sus preocupaciones, aunque se tenga la voluntad de hacerlo, porque se puede contribuir a un sentimiento de desconfianza.

11. Explicar los procedimientos antes de comenzar cada paso: ésto se debe hacer de una forma fácil y sencilla de entender.

12. Proporcionar tranquilidad sobre el examen físico: los menores sobre todo suelen sentir miedo frente a la realización de un examen médico, por lo que se debe hacer declaraciones tranquilizadoras.

13. Explicar las cuestiones relativas a la posibilidad de un embarazo o enfermedades de transmisión sexual, para facilitar la toma de decisiones: la posibilidad de quedar en embarazo o de tener alguna enfermedad de transmisión sexual son las principales preocupaciones, por lo que se debe discutir las posibilidades y opciones de tratamiento (esto se haría cuando no son niños tan pequeños).

Para finalizar la entrevista, según el Protocolo de San Diego (2001), se debe tener en cuenta lo siguiente:

14. Preparar al menor para futuras reacciones: en esta parte, se debe preparar al menor, para el período que se da después de la atención hospitalaria (en caso de que se dé). Es recomendable reconocer una vez más, la naturaleza traumática o aterradora del abuso, así como prepararlo para las futuras reacciones y/o sentimientos producidos por la experiencia. Se debe explicar que estas reacciones son normales y decir que es probable que tome un tiempo sentirse bien otra vez.

15. Preparar al menor para salir del hospital (en el debido caso): antes de que se abandone el servicio de urgencias del hospital, hay que asegurarse de que el menor cuente con un plan de seguimiento de la evaluación y de tratamiento. Se debe tener en

cuenta que los últimos dos puntos, se dan más que todo en E.U., frente a un proceso de ASI.

Ahora se van a dar algunas recomendaciones según diferentes autores para mejorar la entrevista, que no se encuentran en las técnicas o tipos de entrevista hace un momento desarrolladas.

Para realizar una adecuada evaluación, también se deben tomar en cuenta factores como el tiempo transcurrido desde el comienzo de las conductas abusivas, hasta el momento de la entrevista; el tipo de relación de la víctima con el agresor; el grado de parentesco con el agresor; las características de la conducta abusiva; la reacción del entorno inmediato del menor frente a los hechos abusivos y el nivel de contención sociofamiliar con el que el menor cuenta (Rodríguez et al., 2008).

Dentro de otras recomendaciones para la evaluación del ASI, se encuentra no mencionar nombres específicos, objetos o acciones, antes de que el niño lo haya hecho (para evitar la sugestionabilidad). Los niños que aportan información falsa, a veces pueden reconstruir el suceso real si se les pide que lo digan explícitamente, pero esta capacidad comienza entre los tres y a los cuatro años (Lindsay, Gonzales y Eso, 1995; Poole y Lindsay, 1996; citados por Cantón, 2008). Se debe tener presente que en la mayoría de las entrevistas, quienes están encargados de hacerlas, tienen la tendencia de preguntar si el hecho de abuso ocurrió “realmente”, cuando sospechan que un adulto ha influenciado al niño para denunciar el hecho, pero no tienen en cuenta que para los niños, la información que proviene de sus padres es “absolutamente real”, por lo tanto, la referencia de “lo que realmente pasó” no siempre permite distinguir entre información derivada de la experiencia personal y la información oída de otras personas. Pero en estos casos también puede pasar que al preguntarle al niño directamente si alguien le ha dicho que contara lo que contó, puede llevar a desacreditar muchas veces injustamente la alegación, puesto que puede que los padres instruyan al niño para que coopere y cuente todo (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008).

Otras recomendaciones para la entrevista, es el hecho de hacer preguntas abiertas en vez de cerradas, debido a que generan respuestas más amplias y un mayor número de detalles; se debe partir de preguntas que sean “invitaciones” o de afirmaciones o imperativos, que busquen una respuesta amplia del menor. Continuando

con las preguntas, estas deben ser generales y pueden referirse al suceso en su totalidad o a algún aspecto en específico que el niño haya anteriormente mencionado. También se deben usar facilitadores que son intervenciones no-suggerentes, que buscan la motivación del niño para que continúe relatando el hecho (entre estos facilitadores se encuentra la frase “de acuerdo” o el hecho de repetir la afirmación que acaba de decir el menor). Finalmente, están las observaciones directas que centran su atención en detalles o aspectos que el menor antes haya mencionado (después de esto, están las observaciones directivas que prestan atención a los detalles o aspectos que el menor no haya mencionado) (Jiménez, 2001; citado por Rodríguez et al., 2008).

Otros aspectos importantes al momento de hacer la entrevista y que está relacionado con la forma de hacer preguntas, es que éstas deben ser formuladas de forma directa y sencilla, evitando las formas negativas. El vocabulario debe resultar comprensible para el menor y deben evitarse las preguntas inductivas con el fin de garantizar una información genuina. Es necesario, asimismo, valorar el nivel de conocimiento del menor sobre la sexualidad (Jiménez y Martín, 2006).

Se debe hacer la aclaración que la entrevista debe estar diseñada para maximizar la cantidad de información obtenida del menor, mediante el recuerdo libre y sin hacer algún tipo de inducción (como sugerirle la respuesta al niño). Se pueden usar las preguntas focalizadas cada vez que se progresa en la entrevista, hasta llegar al punto de poder hacer preguntas más directas que amplíen o clarifiquen ciertas áreas que sean consideradas necesarias. Durante la entrevista es fundamental estar al tanto del desarrollo cognitivo y emocional del menor, ya que puede afectar la interpretación y el recuerdo general del evento (Viar y Lamberti, 1998; citados por Rodríguez et al., 2008). Como se había dicho en algún momento, también es recomendable grabar las entrevistas en video o en audio, para recogerse de forma textual lo que dice el niño y para poder registrar la comunicación no verbal u observar otros aspectos del comportamiento, manifestados durante la entrevista. Para no generar falsos positivos, se deben evitar las preguntas directas cuando el menor niegue el abuso. Es importante que el análisis de la entrevista se realice en lo posible, entre dos personas independientemente para evitar sesgos y, una vez se haya terminado de hacer el análisis, se debe poner en común el resultado para que el informe final sea un producto

del acuerdo de los interjueces de los dos evaluadores. Es necesario tener amplios conocimientos sobre el funcionamiento de la memoria y de los factores que pueden influenciarla al momento de hacer la entrevista (Rodríguez et al., 2008).

En ocasiones anteriores se había hablado un poco sobre la sugestionabilidad, pero no se había profundizado sobre este aspecto; es por eso que a partir de ahora se va a desarrollar un poco más este tema, ya que es un aspecto fundamental a la hora de evaluar la credibilidad del testimonio infantil.

La sugestionabilidad es la capacidad que tienen las personas de aceptar información “post-evento”, es decir, de incorporar información después de un evento y que queda en el recuerdo del mismo (Gudjonsson, 1986; citado por Juárez, S.F.). Por su parte para Juárez (S.F.), la sugestionabilidad sería el proceso por el cual, la codificación, almacenamiento y recuperación del recuerdo de un evento, se puede ver influenciado por la variación de factores internos y externos.

En este sentido, Wells (citado por Juárez, S.F.) distingue varios tipos de sugestionabilidad, que se deben tener en cuenta al momento de hacer una evaluación, como la forma de tomar el testimonio, el lenguaje que se utiliza o los giros gramaticales empleados durante las entrevistas de interrogación, así como también tener en cuenta las instrucciones y el sistema de identificación de personas (Juárez, S.F.).

Por su parte, Mira (1991, Juárez, S.F.) habla acerca del tipo y forma del lenguaje que puede influir en la declaración de los testigos, la forma en la que se inicia el interrogatorio, la atmósfera de la entrevista o la manipulación de las frases con las que se interroga al testigo (o el efecto sugestivo que se le dé a las respuestas).

Endres (1997, citado por Juárez, S.F.) habla sobre la sugestionabilidad del niño como testigo y dice que el interrogatorio sugestivo interfiere en la memoria y en los juicios sobre la identificación de personas; también afirma que en la sugestionabilidad intervienen factores personales (rasgo) y factores circunstanciales (estado), necesitando la presencia de influencias sugestivas típicas, para la valoración de la sugestionabilidad individual. Afirma que se pueden diferenciar dos tipos de interrogatorios, que son los de “baja sugestionabilidad” (o preguntas abiertas) y los de “alta sugestionabilidad” (o preguntas cerradas como de si/no).

Ceci y Bruck (1995; citados por Juárez, S.F), explican que la influencia de la información verbal periférica en el relato de los niños (sugestionabilidad), se relaciona con la habilidad de producción verbal y el nivel de comprensión lingüística del niño. También ellos ofrecen una presentación sobre “la arquitectura” de las entrevistas con niños como testigos. Estas entrevistas como fueron hechas por adultos, generan altas dosis de sugestionabilidad, llamado “el sesgo del entrevistado”.

Finalmente, se ha demostrado que la sugestionabilidad tiene un mayor efecto en niños preescolares, debido al efecto distorsionador de las preguntas sesgadas (Alonso-Quecuty, 1998; citados por Juárez, S.F.). Por otra parte, Ceci y Bruck (1993; citados por Juárez, S.F), hablan sobre cuatro circunstancias en las que un menor puede ser más sensible a la sugestión; estas son: el bajo estrés del episodio sobre el cual se está declarando, su condición de observador de la acción, ser preguntado sobre detalles periféricos y hablar sobre hechos no relacionados con el suceso. Las circunstancias que llevarían al menor a resistir la posible influencia sugestiva serían que el episodio sea muy estresante, ser participante en la acción, ser interrogado sobre detalles centrales y hablar de lo sucedido.

Habiendo hablado sobre las formas en las que se puede analizar o evaluar la credibilidad del testimonio infantil, dadas las recomendaciones necesarias para optimizar la entrevista y habiendo desarrollado el tema de la sugestionabilidad, a continuación se hablará de dos aspectos fundamentales que tienen que ver con la credibilidad del testimonio infantil. Estos aspectos son la capacidad de diferenciar entre fantasía y realidad por parte del niño y el desarrollo de los conceptos de verdad y mentira.

La distinción entre fantasía y realidad por parte del niño, es un aspecto clave al momento de hacer la evaluación de la credibilidad del testimonio en los niños víctimas de ASI, ya que si no existe esta distinción, el testimonio puede sesgarse y no servir como prueba decisiva cuando hay abuso sexual; es por eso que se han hecho varios estudios para determinar si los niños son capaces de hacer esta distinción.

En relación con esto, se ha encontrado que cuando a un niño pequeño se le pide que imagine algunos sucesos y luego se le pregunta si han sucedido realmente o no, tiende a informar que son reales (Foley, Harris y Hermann, 1994; Parquer, 1995,

citados por Cantón, 2008). Por eso es importante hablar sobre la monitorización de la realidad, la cual se refiere a recordar si un suceso fue imaginado o no; la monitorización de la fuente implica que se identifiquen los orígenes de los recuerdos que se tienen, para aclararlos o validarlos (Ceci y Bruck, 1998; Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008). Éste se trata de un aspecto importante para comprender cómo las explicaciones del niño se pueden ver contaminadas al interactuar con otros niños o con adultos. En ciertas condiciones, las conclusiones en la monitorización de la fuente pueden ser el origen de los efectos de la sugestionabilidad (si el niño no puede recordar el origen de un recuerdo falso dado por el entrevistador, puede estar convencido de haberlo experimentado realmente). Es más probable que los niños confundan los recuerdos cuando la discriminación entre las posibles fuentes es difícil, debido a su parecido o a la degradación de la memoria con el tiempo (Parker, 1995; citado por Cantón, 2008). Los preescolares tienen mayores problemas para determinar si han obtenido la información basándose en su propia experiencia o si ha sido por otras fuentes (Cantón, 2008).

Se ha demostrado que si los niños se mostraban convincentes durante el relato de un recuerdo falso durante una entrevista, era porque realmente estaban convencidos de la veracidad de sus falsas historias (Ceci, Crotteau-Huffman et al., 1994; citados por Cantón, 2008). Por otra parte, las dificultades que tienen los niños preescolares en la distinción entre lo real y lo imaginario se debe, a que hay una inmadurez del lóbulo frontal; también está relacionado con el desarrollo de la atención (Schacter, Kagan y Leichtman, 1995; Cantón, 2008). Sin embargo, Poole y Lamb (1998; citados por Cantón, 2008) piensan que los cambios neurológicos por si solos, no explican del todo el rendimiento del niño en la monitorización de la fuente, ya que la frecuencia de los errores depende del tipo de preguntas que se le planteen. Es más probable que los niños introduzcan información de la fuente errónea, cuando el adulto les hace preguntas cerradas, que cuando son abiertas (Poole y Lindsay, 1995, 1996; citados por Cantón, 2008). Aunque los niños de tres y cuatro años tienen una escasa capacidad de monitorización de la fuente, esta habilidad continúa desarrollándose durante los años de educación primaria. Sin embargo, se ha comprobado que la monitorización de la fuente en niños entre los tres y ocho años de edad, aunque también algunos niños

mayores pueden informar sucesos que nunca les han ocurrido (Poole y Lindsay, 1996; citados por Cantón, 2008).

Los resultados de los estudios sobre monitorización de la fuente son importantes para la evaluación del testimonio de los niños que han sido víctimas del ASI y que han estado en tratamiento terapéutico, ya que se han visto expuestos a la presentación de imágenes y a técnicas de trabajo de la memoria (Ceci y Bruck, 1998; citados por Cantón, 2008). El hecho de pensar repetidamente sobre el hecho ficticio, conlleva a falsas creencias sobre su realidad y si además se les hacen preguntas tendenciosas (como es frecuente), la visualización de este tipo de imágenes puede tener una gran influencia sobre la exactitud de sus recuerdos (Cantón, 2008).

Por otro lado, el entrevistador puede mejorar el rendimiento del niño durante la entrevista, haciendo preguntas simples y concretas sobre los conceptos de verdad y mentira, pero a pesar de éstos, seguirán existiendo tres limitaciones importantes al respecto: que la discusión sobre la comprensión de los conceptos de verdad y mentira no tienen relación con la capacidad del niño para informar con exactitud un hecho (se ha encontrado que los niños diferencian entre ambos conceptos, no son más exactos o menos sugestionables que los de su misma edad que fracasan); también está el hecho de que no hay pruebas de que cuando se habla con el niño sobre los conceptos de verdad y mentira, éste se motiva más para filtrar la información inexacta y la tercera limitación está en que la causa de que el niño aporte información inexacta, puede estar en que malinterprete la finalidad de las preguntas o que no monitorice la fuente de sus conocimientos y no, que se trate de un engaño intencionado. Por estas razones, la discusión sobre los conceptos de verdad y mentira no hace que la declaración del niño sea más exacta (Pipe y Wilson, 1994; citados por Cantón, 2008).

Sin embargo, a pesar de lo que se acaba de decir, no deja de ser importante saber si los niños tienen conocimiento de los conceptos de “verdad” y “mentira”. El investigador en lo posible, debe comprobar si el menor entiende la diferencia entre ambos conceptos antes de hacerle la entrevista, debido a que hay una exigencia legal imperante (McGough, 1994; citado por Cantón, 2008). Además se tiene que hacer esto, para comprobar su competencia al momento de hacer la entrevista (Myers, 1998; citado por Cantón, 2008). Se debe decir que la comprensión de los conceptos de verdad y

mentira, mejora notablemente alrededor de los cuatro años y continúa su desarrollo gradualmente durante los años siguientes. Alrededor de los tres o cuatro años la mayoría de los niños definen estos conceptos, en función de la realidad objetiva (la verdad corresponde con la realidad y la mentira no). Hacia los ocho o nueve años suelen tener en cuenta la intencionalidad de decir una mentira y comprenden que las equivocaciones honestas no son una mentira (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008). La capacidad para distinguir la verdad de la mentira varía en función de dos factores, entre los que están la forma de hacer la pregunta y el tema seleccionado para la discusión (Cantón, 2008).

Para continuar con este tema, se debe decir que por “mentira” se entiende como una forma de “engaño táctico” o un “engaño intencional” (Whiten y Byrne, 1988; citados por Sortillo y Riviere, 2001). Por lo general, en algunas tradiciones cercanas a la etología y a la psicología social equiparan el engaño a la mentira, pero para Sortillo y Riviere (2000), se reservan de forma exclusiva del término “mentira”, para designar la expresión lingüística del engaño.

Se puede afirmar que la mentira es una conducta adaptativa, que parece desarrollarse evolutivamente como una destreza de dominio progresivo (Vasek, 1986; citado por Sortillo y Riviere, 2001) y la mentira, al igual que el engaño, pone al servicio de esta función adaptativa, el más potente de los instrumentos sociales, “las palabras” (Zuckerman y Driver, 1985; citados por Sortillo y Riviere, 2001).

Por lo que respecta al momento en el que los niños comienzan a mentir, se debe decir que Stern y Stern (1909; citados por Sortillo y Riviere, 2001) realizaron los primeros estudios sobre las mentiras espontáneas de los niños e hicieron una clasificación de las mentiras que dicen los niños. Las primeras mentiras que aparecen en los niños se conocen como “pseudomentiras”, que son un tipo de actos que los niños realizan desde los dos años. Un ejemplo de pseudomentiras, son las llamadas mentiras “provocadas”, que aparecen cuando los niños se enfrentan a algo que les perturba. Las pseudomentiras no conllevan necesariamente una intencionalidad de engaño, sino que son una evitación de la presión que supone el juicio social de algo mal hecho.

Por otra parte, Stern (1933; citado por Sortillo y Riviere, 2001) distingue las “mentiras fantasiosas” o relatos que el niño hace y que tienen para él valor de realidad



(que no conllevan intención de engaño), de las “mentiras engañosas” (que si conllevan intención de engañar). Respecto a ésto, las primeras mentiras de los niños están relacionadas con la culpa, con la evitación y con la autoestima, las cuales tienen la función de preservar el yo. Se debe destacar que en algunas circunstancias, esta función es muy potente, como ocurre en situaciones de abuso sexual o maltrato infantil, donde los secretos y las mentiras cobran un importante papel, no sólo a nivel psicológico sino también a nivel jurídico (donde habría que considerar no sólo las mentiras ideadas por el sujeto y las mentiras inducidas) y también se debe decir que en el contexto jurídico hay un importante compromiso en la tarea de detectar quién oculta información, la exagera o miente, así como de conocer cuál es la fuente de las manipulaciones informativas en los niños (Stern y Stern, 1909; citados por Sortillo y Riviere, 2001).

El desarrollo de la comprensión de las mentiras en los niños, iría desde la evaluación de la gravedad y la intención de las mentiras, hasta sus consecuencias, así como también en función de la intención de quién miente (que se puede encontrar incluso en niños entre los cinco y los seis años) (Peterson, 1995; citado por Sortillo y Riviere, 2001). En la evaluación de este aspecto, se aplicó en una investigación una tarea donde se le pide a los niños que enjuicien unas situaciones; se encontró que los niños pequeños perciben como “peor persona” a alguien que ha informado bien de una ruta a seguir, aunque el interlocutor se equivoque, que a una persona que da mal la información, aunque el que camina encuentre el destino sin seguir las indicaciones (Piaget, 1932; citado por Sortillo y Riviere, 2001). Pero en una reciente investigación se encuentra que incluso niños pequeños (desde tres a cinco años) pueden diferenciar claramente entre un error y una mentira (Siegal y Peterson, 1998; citados por Sortillo y Riviere, 2001).

Por lo que respecta a lo que parece ser la producción de las mentiras, Stouthamer-Loeber (1986; citado por Sortillo y Riviere, 2001) preguntó a un grupo de padres y profesores de niños preescolares, el momento en que a su juicio los niños comienzan a mentir deliberadamente, es decir, que tienen el propósito de engañar. Según los resultados, los padres y los profesores parecían coincidir en detectar la intencionalidad engañosa alrededor del tercer año de primaria. Por su parte Leekam

(1992; citado por Sortillo y Riviere, 2001), señala que el proceso que siguen los niños hasta llegar a ser diestros en manipular en beneficio propio las creencias ajenas, se encuentra entre los tres años y medio y los cuatro años. Perner (1991, p. 199; citado por Sortillo y Riviere, 2001) dice que *“algo importante ocurre a los 4 años en la comprensión del uso del lenguaje como instrumento de engaño”*.

Finalmente, Strichartz y Burton (1990; citados por Sortillo y Riviere, 2001), hicieron un amplio estudio sobre el desarrollo de la comprensión de los conceptos de verdad y mentira, desde niños de dos años hasta adultos y encontraron que los niños de tres años no pueden hacer una clara distinción de ambos conceptos, así como también encontraron que la comprensión de estos conceptos depende de varios factores diferentes, dentro de los que se encuentran la edad, la intención engañosa atribuida al hablante, la creencia del hablante en la actividad o falsedad de la emisión.

Cambiando de tema, ahora se va a hablar sobre la presencia de los niños en el acto del juicio oral. En este sentido, la asistencia de los niños al juicio oral, es un hecho que tiene gran importancia, no sólo por el incremento del estrés en el niño y su influencia en la calidad de su testimonio, sino por el efecto global que este hecho puede tener para el desarrollo general del niño.

Es deber del psicólogo forense proteger al menor antes, durante y tras el proceso judicial. Para maximizar su rendimiento en el juicio, el niño debe ser cuidadosamente preparado para su aparición en éste, saber exactamente qué ocurrirá y qué se espera de él, así como eliminar sus miedos y creencias erróneas sobre lo que significa ir al juzgado. En el acto del juicio oral, el niño estará sometido a dos interrogatorios diametralmente opuestos, que son el del fiscal y el del abogado defensor. Se han detectado seis aspectos de la toma de declaración en el juicio, que alteran al niño como testigo. Éstos son: permanecer solo en el lugar de los testigos, la proximidad del abogado y/o fiscal (que pueden llegar a acusarle de mentir), la posición en un lugar elevado de los actores del proceso (abogados, jueces, etc.), el público asistente, la ropa de abogados y jueces y finalmente, la necesidad de hablar en alto, junto con el problema adicional del vocabulario legal, que les resulta difícil de comprender, (especialmente cuando son examinados por el abogado de la defensa) (Diges y Alonso-Quecuty, 1995; citadas por Juárez, S.F.),

Las pautas que se deben seguir, para que el niño pueda intervenir en el acto del juicio oral, son el proporcionar al niño información sobre el lugar al que va a ir, las personas a las que va a ver y cuál va a ser su papel en el juicio (sería oportuno que pudiera ir antes al lugar, acompañado de una persona que sepa aclarar sus dudas y qué es lo que se espera de él allí); hacer que el niño se sienta cómodo durante la declaración, permitiéndole testificar cercano a un familiar suyo, sin tener que forzar la voz y sin público; emplear con él un lenguaje comprensible y sin presiones; cuidar que el vestuario no sea una fuente más de temor para el niño e intentar eliminar el contacto visual del niño con el acusado (Diges y Alonso-Quecuty, 1995; citadas por Juárez, S.F.).

Saywitz (2002; citada por Juárez, S.F.), habla sobre el conocimiento limitado que el menor tiene del sistema legal por su inmadurez cognitiva, algo que tiene importancia al momento de enfrentarse con el complejo sistema legal y defiende la necesidad de preparar a los niños para eliminar la confusión y desorientación que produce el sistema, así como generar expectativas más precisas y comprender las consecuencias de sus actos. También será necesario expresar explícitamente las reglas y normas del contexto legal, tantas veces como sea necesario.

Por último y para finalizar este capítulo, es necesario dar a conocer los conceptos de daño psíquico, lesión psíquica, secuela psíquica, causas, concausas, complicaciones, estado anterior y vulnerabilidad, ya que con algunos de estos términos se puede crear confusión o pensar que es lo mismo. A continuación se desarrollará cada uno de estos conceptos, para tener una mejor comprensión de la evaluación pericial psicológica en las víctimas, en la cuales se pide determinar la salud mental de las mismas.

El concepto de “daño psíquico”, es un concepto jurídico que se puede interpretar como una perturbación de carácter patológico y permanente, del equilibrio psíquico preexistente, producida por un hecho súbito o inesperado que genera en quien la padece, la posibilidad de reclamar una indemnización a quien se la haya causado (Varela, 2007; citado por Rodríguez, 2008).

Por su parte, la “lesión psicológica” se entiende como la deficiencia, discapacidad o deterioro, que afecta la adaptación de la o las personas en el ámbito familiar, social,

laboral, afectivo o emocional, que se desarrolla en un tiempo determinado. De acuerdo con Esbec y Gómez (2000; citados por Rodríguez, 2008) las víctimas de hechos criminales pueden padecer de sentimientos de humillación, ira, vergüenza e impotencia, autculpabilización, tendencia a revivir y percibir el suceso como responsable principal del mismo, tener una pérdida progresiva de autoconfianza por los sentimientos de indefensión que experimenta; tener una alteración del sistema de valores, en particular, tener una pérdida de confianza en los demás y en la existencia de un orden justo; tener una falta de interés y motivación hacia actividades y aficiones previas; tener un incremento de su vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso y pérdida de control de su propia vida; sentir una disminución de la autoestima; tener ansiedad, depresión, agresividad, alteraciones del ritmo y contenido del sueño, disfunciones sexuales; dependencia, y aislamiento; cambios drásticos en el estilo de vida, miedo a acudir a los lugares de costumbre, entre otros aspectos. Es importante dentro de la evaluación de la víctima, establecer el nivel de adaptación existente en la actualidad, evaluar los procesos de afrontamiento, hacer la correlación entre la inadaptación actual y el delito sufrido, así como hacer el pronunciamiento sobre el pronóstico a corto, mediano y largo plazo de los síntomas de la víctima.

La “secuela psicológica” se define como la discapacidad y minusvalía permanente, no susceptible de mejoría en un periodo de tiempo razonable, ni siquiera con tratamiento, donde la recuperación no aparece espontáneamente. Las secuelas y lesiones deben demostrarse en el dictamen pericial y sustentarse oralmente, el nexo causal entre el hecho ilícito y el daño, por tanto, mostrar también la relación de causalidad (en algunos casos, puede ser relativamente fácil demostrarlo, pero en otros existen causas múltiples o las causas resultan ser dudosas) (Esbec y Gómez, 2000; citados por Rodríguez, 2008).

La “causa”, se refiere al establecimiento de la “relación de causalidades” entre el hecho (agresión, abuso, asalto, secuestro etc.) y la lesión (discapacidad) psíquica, lo que resulta esencial para efectos penales. La relación de causalidad puede ser directa, pero en otras, pueden existir múltiples causas o éstas resultan dudosas. La presencia frecuente de diferentes causas, hace difícil establecer una clara, unívoca y directa relación causal (Esbec y Gómez, 2000; citados por Rodríguez, 2008).

En el campo de la pericia forense, las “concausas” son aquellos factores extraños al comportamiento del agente, que se insertan en el proceso dinámico de modo que el resultado es diferente al que era de esperar, dada la naturaleza de dicho comportamiento. La diferencia entre causa y concausa se encuentra en que la primera representa la necesidad y la suficiencia en la producción de un hecho, mientras que la segunda es necesaria en el caso concreto, pero carece de suficiencia o de un “locus de menor resistencia” (Esbec y Gómez, 2000; citados por Rodríguez, 2008).

La “complicación”, está relacionada con la victimización primaria y secundaria (dependen de la fuente victimizante). El delito o hecho delictivo conduce a la victimización primaria, y la secundaria se produce por parte de la institución (Esbec y Gómez 2000; citados por Rodríguez, 2008).

El concepto de “estado anterior” se refiere al estado de salud previa de la persona dañada. En el terreno de la salud mental, la valoración del estado anterior lleva directamente hacia un concepto penal, victimológico y pericial reciente (Esbec y Gómez, 2000; citados por Rodríguez, 2008).

Finalmente respecto al concepto de “vulnerabilidad”, queda incluido en diversos tipos penales como agravante cuando la víctima es una persona espacialmente vulnerable por su edad o situación, como cuando se es “menor de edad”. También se tiene en cuenta en el abuso, la agresión hacia el discapacitado. A efectos de valoración de discapacitados, hay dos posibilidades que el perito deberá determinar: el estado anterior que agrava la lesión o la lesión que agrava el estado anterior (Esbec y Gómez, 2000; citados por Rodríguez, 2008).

Lo que se puede concluir de este capítulo es que son muchos los aspectos que se deben tener en cuenta al momento de realizar una evaluación de tipo forense en los casos de abuso sexual infantil y que hay una gran variedad de técnicas o métodos que pueden ser utilizados para la realización de esta evaluación. Lo que sería más óptimo o más recomendable en estos casos es que en lo posible no se utilice una sola técnica o método, sino varios para que de esta forma, se pueda obtener un mejor testimonio y mejorar el rendimiento de los niños que van a ser evaluados. También es conveniente que si se utilizan métodos como el S.V.A o C.B.C.A., los resultados sean integrados para que sean más útiles y esté menos sesgados los resultados.

## Capítulo IV: Neuropsicología Forense y Abuso Sexual Infantil

Durante este capítulo se hablará de los aportes que desde la neuropsicología forense se puede hacer a los casos de ASI. Se comenzará hablando de la definición tanto de la neuropsicología clínica, como de la neuropsicología forense, para seguir con el papel del neuropsicólogo forense, la metodología e instrumentación de la neuropsicología forense, la evaluación neuropsicológica forense y el informe pericial de la neuropsicología forense, en una primera parte; después de esto, se van a desarrollar las categorías de análisis antes mencionadas, es decir la de “secuelas del ASI desde el punto de vista de la neuropsicología” y la “credibilidad del testimonio infantil”. En la categoría de las secuelas del ASI desde un punto de vista neuropsicológico, se hablará de la ansiedad, del estrés postraumático (TEPT), de la depresión, del trastorno de la personalidad esquizoide, de la agresividad e impulsividad, de la memoria traumática, de la amnesia y en general, de otras lesiones y secuelas neuropsicológicas. En la categoría de la credibilidad del testimonio infantil, se hablará del testimonio, de las variables que se deben considerar en la evaluación de la credibilidad, de los niños como testigos y en especial, de los procesos cognitivos necesarios para la evaluación de la credibilidad como la atención, la memoria, el procesamiento de la información, el lenguaje, el desarrollo cognitivo (donde se hablará a su vez de la discapacidad, del retraso mental y de su relación con el ASI), para terminar hablando de las funciones ejecutivas.

Habiendo introducido el capítulo, ahora se partirá entonces con las respectivas definiciones de neuropsicología y neuropsicología forense.

La neuropsicología (clínica) se puede definir como la rama que estudia la relación que existe entre las funciones cerebrales y el comportamiento humano, obteniendo aportes de otras disciplinas como la anatomía, la biología, la biofísica, la etiología, la farmacología, la fisiología, la psicofisiología y la psicología. Su objetivo principal, es el desarrollo de una ciencia de la conducta humana, basada en las funciones del cerebro humano (Kolb y Whishaw, 2006).

Para Ardila y Rosselli (2007), la neuropsicología es la ciencia que estudia la organización cerebral de los procesos cognoscitivos-comportamentales y sus

alteraciones, en caso de daño o de disfunción cerebral. La neuropsicología ocupa un lugar intermedio entre la neurología y las neurociencias por un lado, y entre la psicología y las ciencias comportamentales por otro, estudiando la organización de la actividad psicológica a partir del sistema nervioso, utilizando procedimientos clínicos y experimentales.

Finalmente, para García, Graña y Fernández (S.F.) la neuropsicología es la ciencia que estudia las relaciones entre las estructuras del cerebro, las funciones mentales superiores y el comportamiento, ocupándose no sólo de la evaluación y el diagnóstico, sino también de la rehabilitación.

Es importante decir que se puede considerar a la neuropsicología como una disciplina realmente reciente, ya que cuenta con un poco más de un siglo de existencia como ciencia (Jarne, 2005).

Cuando por alguna razón o causa el funcionamiento del cerebro se altera, se genera un cambio en la dinámica integradora de funciones cognitivas, ejecutivas y volitivas, que producen una alteración en procesos como la atención-concentración, integración, procesamiento de la información, actuación conductual y cognitiva, entre otros. Estas alteraciones cognitivo-conductuales y emocionales pueden tener repercusiones legales, es decir, cuando una persona se ve envuelta en áreas que interesan al derecho. Es por eso que las alteraciones derivadas de un anormal funcionamiento de la relación conducta-cerebro, puede requerir de la valoración neuropsicológica para ayudar a la impartición de justicia (García, Graña y Fernández, S.F.).

Es debido a esta interacción entre los campos de competencia de la neuropsicología y las alteraciones de la relación cerebro-conducta, que se hace necesaria la intervención de la neuropsicología forense especializada, ya que esta disciplina es la rama de la neuropsicología, que se centra en la valoración pericial del paciente con un supuesto daño cerebral o psicopatología, que necesita la intervención por parte de la Ley (García, Graña y Fernández, S.F.).

En la actualidad es común que el sistema judicial se apoye en las aportaciones de diferentes disciplinas científicas, tales como la medicina, la psiquiatría, la psicología,

la neuropsicología, entre otras, para llevar a cabo diferentes tipos de procedimientos legales (Iruarrizaga, 1999).

Dicho eso, entonces la neuropsicología forense se puede definir como la aplicación de la neuropsicología (clínica) al ámbito legal, que se orienta a la producción de investigaciones neuropsicológicas y a la realización de valoraciones neuropsicológicas, para su aplicación al contexto legal. Por tanto, las investigaciones deberán estar dirigidas a la resolución de una "cuestión forense", como determinar si el deterioro afecta al hecho que se está considerando legalmente o si este deterioro en una persona, es resultado del mismo. Es importante destacar el hecho que la neuropsicología forense se desarrolla a partir de la neuropsicología (clínica) y de la psicología forense (Verdejo, Alcazar-Corcoles, Gómez-Jarabo y Pérez-García, 2004).

Para Fernández (1999) el término "neuropsicología forense" se refiere a la aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos del campo de la neuropsicología a los asuntos legales, es decir, los neuropsicólogos son expertos que ofrecen su testimonio en los juicios, sobre personas con daño cerebral o con alteración de sus procesos cognitivos.

Se debe resaltar el hecho de que la neuropsicología forense es una disciplina aún más reciente que la neuropsicología (clínica), ya que escasamente tiene 14 años la aplicación de técnicas neuropsicológicas a los problemas jurídicos (Rosner y Harmon, 1989; citados por Jarne, 2005).

También se debe decir que la neuropsicología forense se destaca por la valoración del daño cerebral y psíquico, así como por la valoración de secuelas en caso de accidentes y circunstancias diferentes tales como agresiones, abuso sexual, entre otras, en las que se haya producido un traumatismo asociado a trastornos cognitivos, presentes en enfermedades neurológicas y psicopatológicas, por la valoración de minusvalías psíquicas, con la apreciación de algún deterioro cognitivo y de todas aquellas situaciones relacionadas que tengan un papel importante, las alteraciones cerebrales y déficits cognitivos (Iruarrizaga, 1999).

Respecto al papel del neuropsicólogo forense, se debe decir que en los últimos años su papel en el ámbito jurídico ha aumentado considerablemente respecto a su práctica en los procedimientos legales, en los que se solicita el peritaje diagnóstico que



determine la presencia o ausencia de algún tipo de deterioro o de daño cerebral (Doerr y Carlin, 1991; Puente, Iruarrizaga y Muñoz Céspedes, 1995; Adams y Rankin, 1996; citados por Iruarrizaga, 1999).

Según Verdejo et al (2004), el neuropsicólogo forense debe determinar si los problemas neuropsicológicos de una persona se ajustan a un estatus legal específico, para ayudar en la formulación de una sentencia. Puede ayudar a esclarecer un hecho y debe detectar posibles casos de simulación, disimulación, mentira o distorsión, sea por parte del agresor o por parte de la víctima.

Según López (S.F.) el neuropsicólogo forense es un psicólogo especializado en neuropsicología que es experto en la valoración forense de las relaciones cerebro-conducta. El objetivo de la evaluación neuropsicológica es el estudio de las fortalezas y debilidades que presenta un individuo que ha sufrido una alteración, la cual afecta su cerebro y debe relacionar el cambio sufrido, con su estado premórbido, así como valorar su grado de funcionamiento actual y potencial. Su estudio se centra en las áreas cognitivas, emocionales, conductuales, intelectivas y de personalidad, dentro del propio contexto del individuo.

El neuropsicólogo como perito informa al juez acerca de las secuelas conductuales, emocionales y cognitivas, así como la importancia de las variables psicosociales en la modulación del funcionamiento y la alteración del cerebro (Fernández, 1999). Además, el neuropsicólogo forense puede evaluar las manifestaciones testificales y la imputabilidad de una persona que ha cometido un delito y es importante para el campo de la victimología, ya que evalúa el deterioro neuropsicológico como consecuencia del estrés postraumático, a raíz de delitos violentos, etc. (Verdejo et al., 2004).

Los neuropsicólogos forenses participan en los juicios proporcionando datos neurocognitivos e inferencias sobre las relaciones del cerebro y la conducta, como se ha estado diciendo (Giuliano, Barth, Hawk y Ryan, 1997, citado por Fernández, 1999) y en la actualidad, la figura del neuropsicólogo forense tiene cada vez más una mayor relevancia por sus competencias legales, científicas y éticas, en varios países (pero en Colombia aun no se ha llegado a demostrar su importancia). Sin embargo, la figura del neuropsicólogo forense aún no tiene un reconocimiento social importante, aunque lo

más seguro es que este tipo de profesional tenga un futuro prometedor en el ámbito legal (Fernández, 1999).

Por otra parte, la neuropsicología forense se basa en una metodología e instrumentación específica, desarrollada a partir de la neuropsicología clínica y experimental, proporcionándole al contexto legal la posibilidad de evaluar de manera confiable, sensible y específica, la posible existencia de alteraciones en las funciones cognitivas, su relación con las disfunciones del sistema nervioso central, su relación con la “cuestión forense” y sus posibles consecuencias funcionales sobre el desempeño diario de la persona evaluada. Sin embargo, hay que resaltar también el hecho de que la neuropsicología forense es todavía una disciplina emergente, en la que permanecen abiertos varios desafíos, producidos por el contexto legal (Verdejo et al., 2004).

Es la existencia del conjunto de técnicas específicas, diferenciadas y sensibles, lo que hace de la neuropsicología, una disciplina apreciada para el ámbito jurídico, más que la existencia de unos modelos y teorías propiamente forenses. La neuropsicología ofrece a este ámbito jurídico, la posibilidad de realizar de una forma fiable y sensible, la identificación de la existencia de una alteración o trastorno, la descripción del mismo, el establecimiento de su relación con el sistema nervioso central (SNC), la determinación de su etiología (si es posible) y dar una recomendación de futuras evaluaciones y tratamientos (Peña, 1983; Kolb y Wishaw, 1985; Ellis y Young, 1992 y Junqué y Barroso, 1994; citados por Jarne, 2005).

Por lo que respecta a la evaluación neuropsicológica en el ámbito forense, se debe decir que ésta tiene que ser extremadamente cuidadosa con todo lo relacionado a la selección y al uso de instrumentos de evaluación. En la selección de pruebas y en la elaboración de baterías neuropsicológicas y se recomienda seguir la misma precaución que debe seguir la psicología forense. Dentro de estas precauciones se debe tener en cuenta que las baterías neuropsicológicas tienen que estar suficientemente documentadas y revisadas en la literatura científica; deben disponer de un manual en el que se describa minuciosamente la forma en que se construyó la batería, así como describir claramente las normas de aplicación y las características psicométricas; se deberá considerar su fiabilidad y validez; la batería deberá ser acorde y ser relevante, respecto al problema legal que se esté abordando y se tendrá que justificar con

literatura científica, el tema en cuestión; además se debe cumplir con las normas de aplicación establecidas. También se debe considerar que muchos de los instrumentos de la neuropsicología no están estandarizados en la población en la que se necesita y por último, se debe examinar los antecedentes de la persona, como los antecedentes médicos, los psicológicos, el nivel de logros escolares con sus puntos fuertes o débiles, la situación laboral o escolar, las relaciones familiares y las sociales. En esta entrevista clínica, se debe prestar atención a posibles aspectos implicados en la exageración de quejas somáticas o déficits cognitivos, entre los que se encuentra la relación de causalidad entre el acontecimiento traumático y el resultado del daño, la evolución sintomática del cuadro clínico y la posible intervención de otros factores explicativos para las quejas de la persona (Verdejo et al., 2004).

En la neuropsicología forense se evalúan las pérdidas y/o déficits de las funciones cognitivas, respecto a un acontecimiento y/o situación, dado que marca el conflicto legal; ésto hace más importante la evaluación ponderal de la pérdida, respecto a una situación anterior (o premórbida). Esta situación provoca importantes problemas, como el hecho de que pueden existir rendimientos diferentes según los distintos puntos de partida (ejemplo, un mayor nivel y/o desarrollo cognitivo premórbido, hace más evidente el deterioro, en consecuencia estos sujetos resultan "favorecidos" en la exploración neuropsicológica con relación a los que presentan un nivel premórbido más pobre y en los que es más difícil detectar el daño de la lesión). Así mismo, el propio estado cognitivo premórbido puede actuar como un desencadenante del déficit que se perita. Quizás el problema más importante para la neuropsicología, sea el de la misma estimación del estado cognitivo premórbido (Lynch y McCaffrey, 1997 y Putnam y cols. 1999; citados por Jarne, 2005).

La evaluación neuropsicológica forense específicamente en los casos de abuso sexual infantil, puede ser útil para definir la naturaleza de los síntomas, para clasificar el tipo de trauma a una etiología particular, ayudar a mejorar el entendimiento del niño sobre sus fortalezas y debilidades cognitivas; puede ser útil para determinar el funcionamiento básico que sigue después de la exposición al trauma; puede ayudar a guiar la planificación del tratamiento, mediante la evaluación de las capacidades cognitivas y finalmente, la evaluación neuropsicológica es esencial para determinar la

necesidad de la rehabilitación del niño, teniendo en cuenta los diferentes contextos, como lo son la escuela, el hogar y otros factores sociales (Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

En el ámbito de lo legal, todo perito cuando hace una evaluación debe hacer un informe pericial que debe cumplir con unas características fundamentales, como ser neutral, ser inteligible y ser comprensible para los jueces, fiscales, abogados, entre otras figuras del contexto legal (en el campo de la neuropsicología forense, estas características no deben ser la excepción). Los informes periciales en la neuropsicología forense deben realizar una descripción precisa de: el funcionamiento premórbido del sujeto antes del daño cerebral, la historia clínica de la persona, la especificación de la lesión cerebral, la evolución del individuo, las alteraciones cognitivas, emocionales y psicosociales producidas por el daño cerebral (determinando la gravedad de los déficit, así como señalando la relación causal entre la lesión y los cambios producidos), la determinación de la incapacidad o dependencia del sujeto para realizar las actividades diarias básicas e instrumentales, así como afectación en su vida familiar, social y laboral, la naturaleza de las secuelas (sean “estables”, que “pueden mejorar” o que “pueden agravarse”), la posibilidad de hacer una intervención neuropsicológica y establecer un pronóstico. Este informe puede ser una prueba pericial, que facilitará la labor del juez en la determinación de las secuelas y la consecuente indemnización o compensación de la víctima, en caso de que sea necesario (Fernández, 1999).

Ahora, a partir de este momento se va a desarrollar cada una de las dos categorías de análisis planteadas en los objetivos, que son fundamentales para esta investigación, es decir, la categoría de “las secuelas del ASI (desde el punto de vista de la neuropsicología)” y la categoría de la “credibilidad del testimonio infantil”.

#### 1. Secuelas del ASI (desde el punto de vista de la neuropsicología)

Dentro de esta categoría se van a desarrollar las diferentes secuelas que son las consecuencias del abuso sexual infantil, desde el punto de vista de la neuropsicología. Dentro de estas secuelas se va a hablar sobre la ansiedad, el trastorno de estrés

postraumático, la depresión, el trastorno esquizoide de la personalidad, la agresividad e impulsividad, la memoria traumática, la amnesia y otro tipo de lesiones y secuelas neuropsicológicas.

Dicho esto, la primera de estas lesiones y secuelas que se va a desarrollar es la ansiedad (en general) y se hará especial énfasis a sus bases neurobiológicas; se debe decir que para efectos de esta investigación, no se va a especificar los diferentes tipos de trastornos de la ansiedad. Se hablará primero de lo que es este trastorno, para seguir con todo lo relacionado a las estructuras implicadas y a su neurobiología.

La ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo frente al ambiente, que produce cambios psicológicos, fisiológicos y conductuales; sin embargo estos cambios se convierten en patológicos, cuando el individuo responde de manera exagerada o inapropiada al estímulo que produce la ansiedad, es decir, frente a un estímulo ansiógeno; también se considera una ansiedad patológica, cuando el organismo no es capaz de recuperar la homeostasis (o equilibrio) corporal, provocada después de las diferentes fases de ansiedad (Jurado, 2004).

Se ha encontrado que las personas que sufren de trastornos de ansiedad, presentan déficits neuropsicológicos que impactan de manera significativa, la capacidad de responder a las demandas del entorno. Mediante la observación clínica de pacientes que sufren trastornos de ansiedad, se ha encontrado que en éstos se presentan dificultades vinculadas a procesos como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas y además, se presentan dificultades relacionadas al aprendizaje incidental (aprendizaje de forma implícita, que es a su vez la forma más natural de aprender). También se ha encontrado que los pacientes con trastornos de ansiedad, suelen presentar comportamientos más rígidos, estereotipados y disfuncionales, en comparación con las personas que no sufren de este tipo de trastornos, así como también tienden a repetir la comisión de errores y presentar dificultades para resolver problemas cotidianos (Figiacone, 2008).

La literatura neuropsicológica sugiere que los niños ansiosos, presentan déficits neuropsicológicos que condicionan su aprendizaje (Toren et al, 2000; citados por Figiacone, 2008); de esta forma, la retracción e inhibición de los niños ansiosos podría

favorecer el desarrollo de patrones disfuncionales de aprendizaje incidental (Figiacone, 2008).

Por lo que respecta a la neurobiología de la ansiedad, se tiene que pensar en los sistemas que están involucrados en la ansiedad; en ese sentido la amígdala es una estructura fundamental en este tipo de trastorno. Esta estructura es un gran centro integrador, puesto que recibe estímulos y a la vez, se ocupa tanto de la expresión emocional (expresión somática de las emociones, del estrés y la ansiedad), así como del procesamiento consciente de la experiencia emocional. En cuanto a lo que ocurre con la información recibida de los estímulos a partir de los sentidos (aferecias sensoriales), se puede decir que la vista, el tacto y el oído llevan la información hacia la amígdala y de ahí pasa al tálamo, lo que le permite a éste último, modular en mayor o menor medida el ingreso de los estímulos sensoriales. Sin embargo el olfato es una excepción, debido a que la información que proviene de este sentido, no pasa por el tálamo sino que va directamente a la vía de corteza entorrinal, lo que produce que muchas veces un olor desencadene una sensación muy fuerte, ya que hay un vínculo directo con el sistema límbico. En cuanto a los sistemas viscerales, la información ingresa a la vía del locus coeruleus y de ahí, llega a la amígdala (ésto es lo que pasa fundamentalmente en las personas con pánico, en las que todos los estímulos que pasan por las vísceras, se perciben como una amenaza manifiesta) (Lamela, 2008).

Por lo que respecta a cómo expresa la amígdala las emociones, se puede decir que se hace, mediante sus vínculos con los núcleos del tallo cerebral y con los núcleos hipotalámicos. Es importante destacar el papel del CRH (corticotropina) en todo lo que tiene que ver con el estrés, ya que éste es un neuropéptido que interviene en todas las conductas estresantes y tiene dos vías de acción, una que produce un rápido aumento de ACTH y cortisol, que va a actuar sobre dos tipos de receptores centrales a esteroides: CRH1 o MR y CRH2 o GR. Sin embargo, a pesar de lo antes dicho, aun no se ha podido determinar por qué un estímulo en una persona genera una respuesta adaptativa y en otra, una respuesta desadaptativa, produciendo en ella un trastorno de ansiedad o un cuadro depresivo (Lamela, 2008).

Ahora se va a hablar sobre cómo procesa un individuo, la información que recibe. Dicho ésto, un estímulo llega al tálamo y de ahí pasa a la amígdala; ésta es la vía

talámica directa y se caracteriza por ser una vía muy rápida, ya que los estímulos que producen una reacción de estrés, son de corta latencia de manera que producen una reacción de estrés (es una vía de supervivencia). Luego de activarse esta vía poco discriminativa, se activa la vía talámica indirecta, que va hacia las cortezas sensoriales primarias y a las cortezas asociativas, para luego bajar con información altamente discriminada que viene de las cortezas. Esta vía es la que va a dar más información, sobre si la persona o cosa que se está viendo representa una amenaza real o no (esta vía llega a 300 milisegundos después, por lo que a veces se pueden generar conductas desadaptativas). Por otro lado, la corteza prefrontal medial tiende a producir respuestas de parálisis o lo que serían respuestas desadaptativas y la corteza prefrontal dorsolateral, se relaciona con respuestas adaptativas como la planificación de qué puede hacer uno frente a un estímulo (salir corriendo, frenar al agresor, etc.). La amígdala evalúa cuál es la magnitud de la amenaza y cómo hacerla consciente, por lo que necesita de la corteza prefrontal dorsolateral, de la corteza cerebral anterior y del hipocampo. El hipocampo es la estructura que se encarga de comparar la sensación traumática actual con la original. Mientras que se produce este proceso, la amígdala no se desactiva y es el hipocampo, el encargado de desactivarla por la vía septo-hipocampal (vía probablemente gabaérgica). Hay cuatro zonas involucradas en la desactivación de la amígdala: el hipocampo, el septum, la sustancia gris y la corteza prefrontal. En cuanto a los factores que intervienen, se puede decir que en la amígdala y en el hipocampo hay receptores (de tipo omega II) vinculados con la ansiedad y en los que actúan todos los derivados de la benzodiazepina (Lamela, 2008).

En los casos en los que se presenta una respuesta de pánico, lo que se encontró en los estudios por neuroimágenes, fue una reducción de la actividad frontal y un aumento de la actividad límbica y paralímbica. Una disminución de la actividad prefrontal, podría estar vinculada a que haya una lectura inadecuada de las amenazas que entran por los sentidos y de esta manera no se desactiva la amígdala. La característica de los pacientes con pánico, es que no leen adecuadamente estímulos que no son amenazantes y por otro lado, se tiene una activación de todos los circuitos del miedo, especialmente la amígdala, vinculada a todas las descargas que presenta el paciente con pánico (Lamela, 2008).

Así como en el pánico el peligro es interno y viene desde el propio organismo, en el estrés postraumático el peligro viene desde afuera. En el TEPT se han visto tres hallazgos neurobiológicos: una hiperreactividad de la amígdala, una insuficiente modulación del hipocampo y una insuficiente modulación de la corteza prefrontal. Aún no se sabe si la hiperreactividad de la amígdala en estos pacientes, es una causa o consecuencia del TEPT. Se puede pensar que hay una vulnerabilidad o una predisposición en estos pacientes, para desarrollar TEPT o podría ser un marcador de estado, que mediaría cuándo el paciente responde con una gran hiperreactivación ante estímulos estresantes. La disminución de la modulación del hipocampo tendría que ver con el hecho de que la persona esté siempre verificando el trauma actual y el original. Finalmente se puede decir que la insuficiencia en la corteza prefrontal tendría que ver con una falla en el control de la amígdala, por el córtex prefrontal (Lamela, 2008).

A continuación, se va a hablar del estrés postraumático o TEPT, pero profundizando más en éste, desde un punto de vista neuropsicológico (ya que antes se había hablado sobre este trastorno, pero desde una perspectiva puramente psicológica), teniendo en cuenta su neurobiología, es decir, los cambios en los neurotransmisores y de las estructuras cerebrales que están involucrados.

Según Ochotorena (1995; citado por Tobal, González y López, 2000), el TEPT es uno de los pocos trastornos en el que la etiología tiene un papel fundamenta, para el mismo cuadro clínico (junto con las demencias y los trastornos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas).

En primera medida, se debe decir que junto al TEPT, se pueden encontrar diferentes cuadros subclínicos; aproximadamente el 25% de las personas afectadas, manifiestan tener además de los síntomas comunes del TEPT, fatiga, debilidad, astenia (falta o pérdida de fuerza) y adinamia (falta de movimiento) (Kaplan y Sadock, 2001; Gurvits 1996; citados por Gálvez, 2005). El curso del TEPT puede ser fluctuante, siendo ésta, una de sus características y ninguna de las personas afectadas con este trastorno vuelve a su nivel de funcionamiento previo. Además de esto, queda una huella psicológica-orgánica, que se evidencia en el amplio espectro de personas afectadas por las entidades clínicas asociadas con el estrés y dentro de las incapacidades que se presentan, se encuentran las dificultades en el aprendizaje, los problemas de memoria,



un inadecuado manejo del estrés emocional, la falta de confianza, comportamientos hostiles, cambios permanentes de la personalidad, conducta antisocial y comportamientos suicidas, entre otros (Southwick y Bremner, 1994; Tomb, 1994; citados por Gálvez, 2005).

En cuanto a sus aspectos neurobiológicos, se puede decir que diferentes investigaciones han evidenciado la existencia de varias estructuras cerebrales implicadas en este trastorno. Estas estructuras son el hipocampo, la amígdala, el locus coeruleus, el tálamo, el hipotálamo, el córtex orbitofrontal y el medial, así como el sistema opioide-endógeno, que intervienen también en el procesamiento emocional (Tobal, González y López, 2000). Se hablará de cada una de estas estructuras más adelante, así como el respectivo papel de cada una en el TEPT.

Continuando con los aspectos neurobiológicos del TEPT, se debe decir que desde hace mucho tiempo se conoce que las respuestas de horror y miedo ante un evento traumático, involucran múltiples sistemas que interactúan para buscar una respuesta adaptativa y que sea más adecuada, frente a un estímulo. Se cree que las respuestas de los humanos ante el estrés (que se caracterizan por el horror y miedo ante determinadas situaciones o estímulos), se parecen a las de otras especies, ya que los neurocircuitos involucrados son muy similares en las diferentes especies (Kent, Sullivan y Rauch, 2000; Casada y Amdur, 1998; citados por Gálvez, 2005). En los trastornos provocados por el estrés, se presenta un desequilibrio de todos los sistemas de neurotransmisores involucrados en las respuestas al miedo y al horror frente a eventos traumáticos (Southwick y Bremner, 1999; Nestler, Steven y Malenka, 2001; citados por Gálvez, 2005). A pesar de que la respuesta neurobiológica al estrés es necesaria y que la mayoría de las veces funciona como un mecanismo de supervivencia, cuando se trata de respuestas crónicas y prolongadas en el tiempo, conllevan a la instauración de patrones desadaptativos persistentes, que repercuten en la salud y en la calidad de vida de estas personas (Yehuda, 1999; Casada y Amdur, 1998; citados por Gálvez, 2005).

Siguiendo con las consecuencias del estrés crónico, se ha demostrado que si éste se presenta en la infancia, puede dejar cambios duraderos en las estructuras y funciones del cerebro, porque ocurre durante un periodo sensible del crecimiento del

cerebro (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson & Navalta, 2002; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007). Las anomalías psicobiológicas en individuos traumatizados se extiende a múltiples niveles, desde el neurohormonal hasta el neuroanatómico (Glasser, 2000; Teicher et al., 2003; van der Kolk, 1996; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007). La exposición temprana a un episodio que genera estrés, desestabiliza el sistema neurohormonal (específicamente el sistema nervioso simpático o sistema catecolaminérgico, el sistema de la serotonina y el eje límbico-hipotalámico-pituitario-suprarrenal), que resalta la falta de respuesta fisiológica (Teicher et al., 2003; Watts-English et al., 2006; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007). Estos cambios neuroquímicos también pueden afectar la maduración del cerebro, durante periodos específicos y alterar procesos del desarrollo del cerebro, tales como la neurogénesis, la mielinización, la sobreproducción de sinapsis y la poda sináptica (Glasser, 2000; Teicher et al., 2003; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007). También como varios estudios sugieren, la exposición al estrés crónico en la infancia desestabiliza el sistema biológico del estrés, produciendo cambios en el desarrollo del cerebro, asociados con el deterioro del funcionamiento neuropsicológico (Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

Experimentos con ratas, hechos por Caldji y Meaney, así como también por Plotsky, han demostrado que el estrés a una corta edad reconfigura la organización molecular de áreas importantes del cerebro. Una de las consecuencias más graves es la alteración en la amígdala y de la estructura proteínica de las subunidades de los receptores GABA (neurotransmisor inhibitorio primario del SNC, que atenúa la excitabilidad eléctrica de las neuronas). El funcionamiento mermado de este neurotransmisor produce que haya una excesiva actividad eléctrica, lo que puede desencadenar ataques epilépticos. Este descubrimiento proporciona una explicación molecular de los hallazgos de Teicher y sus colegas en 1994, sobre las anomalías que encontraron en los EEG (electroencefalogramas) y de la irritabilidad límbica en pacientes maltratados en la niñez (Teicher, 2007).

También el estrés desadaptativo crónico, altera significativamente el neurotransmisor de la noradrenalina (o norepinefrina), así como también sus interacciones con el SNC autónomo (Southwick y Bremner, 1999, citado por Gálvez, 2005). Perry ha demostrado una disminución de los receptores  $\alpha$ -2-adrenérgicos en un

40% y una disminución de los receptores  $\beta$ -adrenérgicos postsinápticos en los afectados (Kaplan y Sadock, 2001; citados por Gálvez, 2005), que es un indicio de un proceso de desensibilización en pacientes con trastornos relacionados al estrés, inducidos por el aumento de disparos en el locus coeruleus (Southwick y Bremner, 1999; Cohen, 1998; citados por Gálvez, 2005). Ésto ocurre en respuesta a la elevada tasa de catecolaminas circulantes, con la consecuente disminución de los receptores (Yehuda, 1999; Southwick y Bremner, 1999; citados por Gálvez, 2005). Estas alteraciones explican las respuestas de hiperreactivación en el TEPT (Tomb, 1994, Shalev, 2000; citados por Gálvez, 2005).

Existen más pruebas del desequilibrio noradrenérgico y por su parte, McFall y Veith (1992; citados por Gálvez, 2005) demostraron que el mantenimiento de concentraciones aumentadas de catecolaminas circulantes, se relaciona directamente con la hiperactividad fisiológica presentada en el TEPT. En la actualidad existen diversos estudios que dan importancia a la regulación noradrenérgica en la zona central, como fundamental en la neurobiología de este trastorno (Southwick y Bremner, 1999; citados por Gálvez, 2005). Dinan (1992; citado por Gálvez, 2005) afirma que existe una actividad noradrenérgica central, aumentada con una regulación hacia la baja de receptores noradrenérgicos en aquellos pacientes con criterios clínicos para trastornos asociados al estrés.

Por otro lado, Ringer ha demostrado que hasta un 70% de los pacientes que sufren de TEPT, pueden presentar ataques de pánico y hasta un 40% pueden presentar flashbacks (Tomb, 1994; Arthur, 1994; citados por Gálvez, 2005). Esto da pie para pensar que la neurobiología de estos trastornos de ansiedad, están íntimamente relacionados con la afectación del componente noradrenérgico asociado con ellos (Kent, Sullivan y Rauch, 2000; citados por Gálvez, 2005). Todo ésto produce cambios estructurales y funcionales en el hipocampo, que pueden ir acompañados de un importante aumento en las tasas de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en este tipo de población (Gurvits, 1996; citado por Gálvez, 2005).

Por lo que respecta al neurotransmisor de la serotonina, se puede decir que éste ha sido estudiado por sus diferentes efectos sobre los pacientes con TEPT. Se sabe que ante el TETP agudo, hay un incremento en el recambio serotoninérgico, que

aumenta la liberación de serotonina en la zona prefrontal medial, en el núcleo accumbens, en el hipotálamo lateral y en la amígdala (McEwen y Gould, 1995; citados por Gálvez, 2005). No obstante, a medida en que el estrés se vuelve crónico, disminuye la cantidad de serotonina almacenada en la zona presináptica, lo que aumenta la expresión del autorreceptor 5HT1A, que continuará eliminando la serotonina restante, de forma que seguirá disminuyendo aún más la neurotransmisión serotoninérgica (Pavlidis Watanabe, Magarinos y McEwen, 1995; citados por Gálvez, 2005).

Respecto al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, mencionado con anterioridad, se puede decir que éste es un sistema que se retroalimenta constantemente, para no producir toxicidad mediante la acción de glucocorticoides en órganos blancos, como el SNC (Gould, Woolley y McEwen, 1990; citados por Gálvez, 2005). Se ha encontrado que existe un grave desequilibrio en su funcionamiento, en pacientes con trastornos asociados al estrés, lo que también conlleva a producir efectos nocivos en el hipocampo (Roozendaal, 2000; citado por Gálvez, 2005). También en el TEPT crónico, los glucocorticoides circulantes tienden a potenciar la transmisión serotoninérgica, que puede servir de efecto compensatorio no sostenido en el tiempo, en un momento dado (Gould, Woolley y McEwen, 1990; citados por Gálvez, 2005). Sin embargo, en el curso de la enfermedad, una vez se fatigan los sistemas neurohormonales compensatorios, se producen cuadros de desesperanza aprendida, con disminución de la expresión de receptores 5HT1A hipocampales implicados en la ansiólisis inicial, así como el aumento de la expresión de los receptores 5HT2A en la zona postsináptica en corteza, relacionados con la producción de ansiogénesis (Golier y Yehuda, 1998; citados por Gálvez, 2005). Parece existir un subtipo de estrés crónico relacionado con alteraciones predominantemente en esta vía de neurotransmisión, que responde de una manera diferente al tratamiento somático con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y moléculas, en relación con el funcionamiento serotoninérgico central y periférico (Arthur, 1990; citado por Gálvez, 2005).

Para seguir hablando sobre el glutamato, este neurotransmisor así como sus vías glutamaérgicas, tienen un importante papel en la toxicidad hipocampal, mediada por glucocorticoides (McEwen y Gould, 1995; citados por Gálvez, 2005). Una acción tóxica primaria de los glucocorticoides potenciada por la acción glutamaérgica, afecta al

hipocampo tanto en su estructura, como en sus funciones de potenciación a largo plazo (Pavlidis, Wanatabe y Magarinos, 1995; citados por Gálvez, 2005). La consecuencia de esto, se deriva de la idea que dice que los diferentes efectos ejercidos por estas sustancias en el hipocampo, son responsables de los efectos neurocognoscitivos del estrés a largo plazo (Nelson y Carver, 1998; citados por Gálvez, 2005). Este efecto glutamaérgico en el hipocampo tiene la posibilidad de mejorar la sintomatología de la depresión, así como puede influir en la modulación del curso del estrés crónico, impidiendo una insuficiencia en el hipocampo (Arthur, 1994; Roozendaal, 2000; citados por Gálvez, 2005).

Por otra parte, se debe decir que hay una escasa información acerca de la relación de las vías dopaminérgicas y el estrés (Kent, Sullivan y Rauch, 2000; citados por Gálvez, 2005). Sin embargo, se ha encontrado que el estrés parece aumentar la sensibilidad de la neurotransmisión dopaminérgica en la zona mesolímbica-prefrontal, pero aún así faltan más estudios sobre la relación entre el TEPT y la dopamina, para saber su verdadero rol en la presentación de esta patología (Nestler, Steven y Malenka, 2001; citados por Gálvez, 2005).

A partir de ahora se va a comenzar a hablar de las estructuras implicadas en el TEPT, comenzando por el sistema límbico. Éste es un conjunto de núcleos cerebrales (o de centros neuronales) interconectados, que tienen un papel fundamental en la memoria y en la regulación de las emociones. Las dos áreas más importantes del sistema límbico son el hipocampo y la amígdala (de las cuales ya se ha hablado antes); estas dos estructuras se sitúan en la parte inferior del lóbulo temporal. Por su parte, el hipocampo tiene la función de almacenar y recuperar información (memoria y aprendizaje) y otra de las funciones de la amígdala, es la de poner el contenido emocional a la memoria (Teicher, 2007).

Para profundizar en las estructuras del sistema límbico, se comenzará hablando del hipocampo. Este se encarga del procesamiento de la información acerca del ambiente/contexto en el que se da el estímulo y lo asocia con la huella mnémica que deja la experiencia (Toth y Cicchetti, 1998; citados por Gálvez, 2005). Al ser sometido a un estrés prolongado, disminuye significativamente su plasticidad dinámica y aumenta la vulnerabilidad psicobiológica, relacionada con alteraciones neuroendocrinas que

tienen nexos con el cortisol, los estrógenos, los andrógenos, la función ovárica, etc. (Gould, Woolley y McEwen 1990; citados por Gálvez, 2005). Los cambios estructurales del hipocampo son visibles, cuando el estrés se prolonga por más de doce semanas. Los déficits en la función hipocampal, generan una pobre discriminación ambiental de los estímulos, con una respuesta exagerada de miedo ante cualquier estímulo pasajero. Los investigadores proponen diversas teorías para explicar estos cambios, basándose en alteraciones de índole endocrina (McEwen y Gould, 1995; citados por Gálvez, 2005).

En 1997, Bremner y sus colegas (citados por Teicher, 2007), compararon adultos que padecieron en su infancia maltrato físico o sexual y que sufrían de TEPT, con sujetos sanos; encontró que el hipocampo izquierdo de quienes habían sufrido maltratos y tenían TEPT, tenían en promedio un hipocampo 12% más pequeño que el de los sujetos sanos del grupo control; sin embargo se encontró que el hipocampo derecho era de tamaño normal. Por su parte, en 1997 Stein (citado por Teicher, 2007) también halló anomalías en el hipocampo izquierdo de 21 mujeres adultas que habían sido abusadas sexualmente de niñas y que padecían TETP o del trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple, cuadro muy común entre las mujeres víctimas de abuso); notó que estas mujeres tenían una reducción muy notoria del volumen del hipocampo izquierdo y al igual que Bremner y sus colegas, encontró que el derecho estaba prácticamente intacto. Además Stein halló una clara correspondencia entre el grado de reducción del tamaño del hipocampo y la gravedad de los síntomas de disociación de cada paciente.

Tobal, González y López (2000) también citan a Bremner (1997) y dicen que él señala que el hipocampo en personas afectadas por TEPT queda dañado anatómica y fisiológicamente, apareciendo alteraciones en su apariencia externa, reduciendo su volumen y provocando trastornos en la memoria verbal (por haber un mayor daño en el hipocampo izquierdo). La explicación de este cambio se debe al efecto colateral de la excesiva secreción de glucocorticoides, característicos de la reacción de estrés a largo plazo (Everly, 1989; citado por Tobal, González y López, 2000). Estos datos sobre el funcionamiento del hipocampo sugieren que está implicado en los procesos de reexperimentación, flashbacks, ideas intrusivas y amnesia psicógena, síntomas que aparecen en el TEPT (Tobal, González y López, 2000).

Siguiendo con este tema, varios estudios han comprobado que el hipocampo es una estructura muy vulnerable al estrés y no solo es vulnerable por la lentitud de su desarrollo, sino que también lo es, por ser una de las pocas regiones del cerebro donde siguen apareciendo nuevas neuronas después del nacimiento. Además tiene una mayor densidad de receptores del cortisol (hormona del estrés), a comparación de otras áreas del cerebro. La exposición a la hormona del estrés, puede cambiar significativamente la forma de las neuronas más grandes del hipocampo y puede incluso matarlas. El estrés suprime la producción de nuevas células granulares, que en condiciones normales continuarían desarrollándose después del nacimiento (Teicher, 2007).

Por lo que respecta a la amígdala, la mayoría de estudios sostienen que ésta debe permanecer intacta para poder lograr un adecuado acondicionamiento al horror y al miedo ante cualquier circunstancia vital (Rauch, 2000; Hodges, Green y Glenn, 1997; citados por Gálvez, 2005). Su núcleo central es el encargado de enviar las eferencias (respuestas) a los distintos centros reguladores entre los cuales se encuentran el núcleo parabraquial (que regula la frecuencia respiratoria), el hipotálamo lateral (que activa la descarga simpática), el locus coeruleus (que da respuesta noradrenérgica de activación), el núcleo paraventricular (que activa ejes neuroendocrinos) y la sustancia gris periacueductal (que activa el dolor y las conductas defensivas). Davis (1997; citado por Gálvez, 2005), ha demostrado que las respuestas al miedo dependen fundamentalmente de las funciones integradas de los núcleos basolaterales-centrales de la amígdala, encargados de determinar el tiempo de respuesta al miedo, basándose en el estímulo presentado, asociando siempre la carga emocional, con el evento ante el cual se reacciona.

Además, la amígdala es fundamental para la regulación emocional asociada con la experiencia estresante o traumática (Toth y Cicchetti, 1998; Davis, 1992; citados por Gálvez, 2005). Se ha implicado su disfunción, en el desequilibrio emocional en diferentes cuadros clínicos vinculados con un gran componente de ansiedad o con una lesión estructural en esta región (Le Doux y Iwata, 1998; citados por Gálvez, 2005). La función reguladora de la amígdala incluye la interacción de múltiples sistemas de neurotransmisión (Rauch, 2000; Davis, 1992; citados por Gálvez, 2005). Su núcleo vasolateral parece ser el centro de relevo y regulador más importante en las patologías

generadas por el estrés, a partir del cual se generan las múltiples señales en el SNC necesarias para producir una respuesta adaptativa al estrés agudo, las mismas que se condicionan de manera desfavorable, cuando el estrés ha sido muy grave en magnitud o excesivamente prolongado en el tiempo (Davis, 1992; Davis, 1997; citados por Gálvez, 2005).

Hay una relación entre la epilepsia y el maltrato infantil (en sus variadas formas), ya que debido a éste, hay una sobreexcitación de la amígdala. Entre los efectos relacionados a la epilepsia, se incluyen la aparición brusca de sensaciones de hormigueo, entumecimiento o vértigo, manifestaciones motrices (fijación de la mirada o espasmos incontrollables) y síntomas autónomos (ruborizarse, tener náuseas o tener la sensación de “encogimiento del estómago”); la epilepsia del lóbulo temporal puede además causar alucinaciones en cualquiera de los cinco sentidos (Teicher, 2007).

Se debe decir que la memoria de los acontecimientos que producen marcada ansiedad, llevan un componente afectivo y cognitivo respectivamente (Southwick S, Bremner, 1994; citados por Gálvez, 2005). La función de la amígdala, entonces es la de ser capaz de retener en la memoria, la cascada de eventos fisiológicos y comportamentales que se expresan ante un estímulo (Nelson y Carver, 1998; Davis, 1992; citados por Gálvez, 2005) y el hipocampo se encarga del componente cognitivo, que consiste en grabar en la memoria las características del ambiente en el cual se desarrollan los hechos y la ubicación exacta del estímulo desencadenante de la respuesta. En circunstancias normales, la integración de ambos componentes es viable y cumple una función adaptativa. Un aspecto de la experiencia lleva a recordar toda la experiencia en sí misma y ayuda a reconocer y evitar el peligro, así como reaccionar a éste como es debido (Nelson y Carver, 1998; Toth y Cicchetti, 1998; Davis, 1992; citados por Gálvez, 2005). Cuando estos estímulos sobrepasan los umbrales o se asocia con ellos un componente afectivo de una experiencia extrema, llevan a condicionamientos con características desadaptativas, como los que se evidencian en el TEPT (Kent, Sullivan y Rauch, 2000; citados por Gálvez, 2005). Por eso se sostiene que este trastorno de ansiedad, es uno de los trastornos que están más relacionados con la memoria (Nelson y Carver, 1998; MacLean, 1995; citados por Gálvez, 2005). Durante la respuesta al estrés, existe una liberación sustancial de neuromoduladores



que potencian la codificación, el almacenamiento y la capacidad de retención de la memoria traumática, como la adrenalina (epinefrina), noradrenalina (norepinefrina) y algunos péptidos opiáceos (Bremner, 1999; citado por Gálvez, 2005).

En cuanto al locus coeruleus, éste está formado por un conjunto de núcleos de neuronas noradrenérgicas. Se encuentra situado en el tronco encefálico y tiene un papel decisivo en los procesos de aprendizaje, debido a que permite modular la atención hacia los estímulos del entorno y en los procesos de mantenimiento de la vigilia. Además, alberga los cuerpos celulares de las vías noradrenérgicas, que están implicadas en el control de las funciones autonómicas (Delgado, 1998; citado por Tobal, González y López, 2000). También cumple un papel importante en la génesis de las emociones, ya que cuando se ha estimulado eléctricamente esta zona, se ha constatado la aparición de respuestas emocionales de miedo y sensación de muerte inminente (Nashold, Wilson y Slaughter, 1974; citados por Tobal, González y López, 2000). Según Krystal (1990 citado por Tobal, González y López, 2000), el locus coeruleus controla las funciones de emergencia y es la parte del cerebro en el que se realiza la integración de la memoria, la conducta y la activación autonómica.

Por otro lado, el tálamo es una estructura que se caracteriza por interconectar las estructuras límbicas, con el córtex y las vías de información de estímulos auditivos, visuales y somestésicos (LeDoux, Iwata y Pearl, 1986; LeDoux, Sakaguchi e Iwata, 1986; citados por Tobal, González y López, 2000). No se ha encontrado que esta estructura cerebral quede afectada tras un evento traumático, pero su importancia reside en ser una interface necesaria en el procesamiento emocional (Tobal, González y López, 2000).

Por su parte, el hipotálamo es una estructura fundamental que tiene la función de preparar al organismo, para actuar ante situaciones que impliquen un sobreesfuerzo ante demandas ambientales. Está íntimamente implicado con el eje neuroendocrino y endocrino de respuestas ante situaciones estresantes (Delgado, 1998; citado por Tobal, González y López, 2000).

Respecto a la corteza orbitofrontal y medial, se debe decir que estas juegan un papel relevante en el aprendizaje, puesto que reciben información de vías aferentes sensitivas y estas áreas están conectadas aferente y eferentemente con la amígdala, el

hipocampo y el séptum. Están implicados en la codificación de las características y del significado de la información del estímulo (Aggleton, Burton y Passingham, 1989; Amaral y Price, 1984; Fuster, 1989; Goldman-Rakic, Selemon y Schwartz 1984; Vogt y Pandya, 1987; citados por Tobal, González y López, 2000).

Continuando más específicamente con corteza prefrontal medial, esta área media entre la respuesta a un estímulo, el hipocampo y la amígdala (Kent, Sullivan y Rauch, 1995; Toth y Cicchetti, 1998; citados por Gálvez, 2005), lo que significa que actúa como estructura cortical moduladora de la reacción ante un estímulo. Se cree que la función de la corteza frontal es indispensable para este control y para extinguir respuestas condicionadas previamente. Se ha visto en estudios funcionales que tanto la amígdala, como la corteza prefrontal medial, se modulan una a otra de forma sinérgica, ante los estímulos sensoriales. En pacientes con trastornos por estrés se pierde esta modulación y se produce un desequilibrio de funciones, lo que lleva a las respuestas exageradas de horror y miedo como en el TEPT (Nelson y Carver, 1998; Toth y Cicchetti, 1998; citados por Gálvez, 2005).

La última estructura que tiene un papel en el TEPT, es el sistema opioide-endógeno que está implicado en la llamada analgesia inducida por estrés. Burges-Watson (1988; citado por Tobal, González y López, 2000) señala que las personas afectadas por el TEPT, presentan una mayor tolerancia al dolor ante estímulos que les recuerdan al evento traumático. Parece que la respuesta ante el estrés agudo libera una gran cantidad de opiáceos endógenos que al cesar, crearían un estado similar al de un síndrome de abstinencia. Para Van der Kolk (1987; citado por Tobal, González y López, 2000) este "síndrome de abstinencia" provoca la hiperactividad del locus coeruleus, al tratar de compensar la necesidad de los receptores de opiáceos cerebrales, lo que daría lugar a síntomas de ansiedad y ataques de pánico, así como también a la tendencia a consumir drogas, para revertir este efecto de alguna manera.

Por otro lado, es importante mencionar algunas investigaciones relacionadas con eventos traumáticos. En este sentido, Scheiffer (citado por Teicher, 2007) hizo una investigación, donde indicaba que el trauma infantil se relacionaba con una integración disminuida de los dos hemisferios. Por su parte, Teicher y sus colegas decidieron indagar si había alguna deficiencia en la ruta primaria, para el intercambio de

información entre los dos hemisferios (cuerpo calloso). En la búsqueda de ese supuesto efecto, Teicher, Andersen y Giedd (1997; citados por Teicher, 2007) encontraron que en jóvenes con antecedentes de maltrato o abandono, la zona media del cuerpo calloso era menor que en los sujetos del grupo de control. De hecho, se encontraron que en los jóvenes varones, el efecto producido por el abandono era mucho mayor que el de cualquier otro tipo de maltrato y en las jóvenes mujeres era el abuso sexual, el factor más poderoso asociado a la reducción del tamaño de la parte media del cuerpo calloso.

En otras investigaciones, como en una realizada en los años 50 se comparó unos monos criados por sus madres, con otros criados por madres artificiales de alambre y felpa. Los criados por las artificiales, eran perturbadores sociales y muy agresivos, en la adultez. Mason (citado por Teicher, 2007) descubrió que esas diferencias eran menos marcadas si a la madre artificial se balanceaba. Prescott (citado por Teicher, 2007) supuso que ese movimiento de balanceo se transmitía al cerebelo, especialmente al vermis cerebelar, situado en la zona posterior del cerebelo y encima del tronco encefálico. El vermis es el que modula los núcleos del tronco que controlan la producción de noradrenalina y dopamina (en el vermis, al igual que en el hipocampo, se desarrollan gradualmente y se siguen creando neuronas después del nacimiento); su densidad de receptores de la hormona del estrés es mayor aún que en el hipocampo, por lo que la exposición a dicha hormona, puede afectar mucho su desarrollo. Las anomalías del vermis tienen que ver mucho con los trastornos psiquiátricos, entre ellos el trastorno maniaco-depresivo, la esquizofrenia, el autismo y el trastorno de hiperactividad/déficit de atención. El hecho de que las anomalías del vermis parecen estar en el centro de muchas enfermedades psiquiátricas, da a entender un papel crítico en la salud mental (Teicher, 2007).

La mala regulación de los neurotransmisores de la noradrenalina y la dopamina, controlados por el vermis, puede producir síntomas de depresión, psicosis, hiperactividad y disminución de la atención. El vermis además, contribuye a regular la actividad eléctrica en el sistema límbico; la estimulación del vermis puede suprimir la actividad de los ataques en el hipocampo y en la amígdala. Por su lado Heath (citado por Teicher, 2007), descubriría que la estimulación eléctrica del vermis reducía la frecuencia de los ataques y favorecía la salud mental. Este resultado indujo a pesar a

Teicher y a sus colaboradores, si los maltratos en la infancia no producirían anomalías en el vermis, que contribuyesen a que se dieran síntomas psiquiátricos, irritabilidad límbica y una gradual degeneración del hipocampo.

Anderson (citado por Teicher, 2007) halló que había una correlación notable entre la actividad del vermis y el grado de irritabilidad límbica sobre la epilepsia del lóbulo frontal (según lo que se indicaba en las respuestas del cuestionario que había creado Teicher, que daban los jóvenes adultos sanos del grupo de control, frente a las respuestas que daban los jóvenes adultos con antecedentes de repetidos episodios de abuso sexual). También se encontró que el total de sangre que fluye en el vermis, era menor en quienes tenían un historial de traumas y todo parece indicar que ese escaso flujo de sangre, conlleva a un deterioro funcional en la actividad del vermis cerebral. Además, los que habían sufrido maltrato, tenían puntuaciones más altas en el cuestionario, porque probablemente su vermis no podía activarse lo suficiente, como para aplacar unos niveles más altos de irritabilidad límbica (Teicher, 2007).

Por otra parte, ha surgido la pregunta de por qué los individuos con experiencias traumáticas recuerdan el evento, como si volviera a suceder. Respondiendo a esto, se cree que aquellas experiencias cargadas emocionalmente, se retienen más fácilmente y de manera más precisa en la memoria procedimental (o no declarativa), cuando el individuo está más atento y más alerta a lo que pasa a su alrededor. Le Doux (1998; citado por Gálvez, 2005), sostiene que aquellas huellas mnémicas que se codifican por medio de las vías tálamo amigdalinas son indelebles. Pitman (1986; citado por Gálvez, 2005), propone el fenómeno de supracondicionamiento, que se presenta ante experiencias traumáticas extremas, como un factor decisivo en la consolidación de la memoria traumática, lo que explicaría el desarrollo del TEPT a partir de un mecanismo esencialmente protector, que es insuficiente para el control de una adecuada huella mnémica ante un factor estresor, es decir, se recuerdan muy bien estos sucesos y se caracterizan porque no se pueden olvidar (Nelson y Carver, 1998; Toth y Cicchetti, 1998; citados por Gálvez, 2005).

Finalmente, se hablará acerca de lo que se ha encontrado en las neuroimágenes estructurales y en las neuroimágenes funcionales, por lo que respecta al TEPT.

En cuanto a las neuroimágenes estructurales, éstas muestran una tendencia a la disminución significativa de los volúmenes hipocampales en las personas con trastornos por estrés crónico. Bremner (1999; citado por Gálvez, 2005) reportó que entre 8-12,5%, tenían una disminución en el hipocampo, mientras Stein (citado por Bremner y Charney, 1995; citados por Gálvez, 2005), reportó que el 7% tenían indicios de reducción hipocampal (en mujeres víctima de abuso sexual). Estos hallazgos explicarían una parte de la alteración de la memoria anterógrada, relacionada con el trauma en estos pacientes.

En cuanto a las neuroimágenes funcionales, éstos son estudios realizados con resonancia magnética nuclear funcional y tomografía por emisión de positrones. Todos los estudios coinciden en afirmar la existencia de hiperactividad amigdalina con disociación fronto-medial, al ser expuesto a estímulos que recuerden el trauma (Gálvez, 2005). Hay hallazgos de disfunción del cíngulo anterior, estructuras prefrontales laterales y anteriores, así como de las estructuras paralímbicas derechas (Allodi, 1994; Friedman, 1994; Green, 1994; Davis, 1997; citados por Gálvez, 2005).

A continuación se va a hablar sobre la depresión, así como también de sus bases neurobiológicas. Como en capítulos anteriores se había dicho, la depresión es una secuela psicológica producida por el ASI; sin embargo, este trastorno tiene también componentes neuropsicológicos, que es lo que se destacará en esta parte de la investigación. Se comenzará hablando de su definición, después se hablará del tipo de origen que puede tener este tipo de trastorno, de la relación entre la depresión y el abuso sexual, para terminar con su explicación neurobiológica.

Dicho ésto, la depresión es un trastorno del estado de ánimo, el cual se puede acompañar por una pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer, así como puede ir acompañado de síntomas físicos, tales como la pérdida de peso, alteración del sueño, lentificación motora y del pensamiento, cansancio y sentimientos de inutilidad, entre muchos otros síntomas. Estas alteraciones producen un cambio en el funcionamiento cognoscitivo de las personas que sufren de depresión (Álvarez, S.F.).

La depresión puede ser “endógena”, “exógena” o “mixta”. Cuando se habla que la depresión es endógena, se está haciendo referencia a que es provocada por un mal funcionamiento cerebral, es decir, que tiene un origen o desarrollo dentro del individuo.

Cuando se dice que la depresión es exógena, se está haciendo referencia a que ésta, inicia a partir de un acontecimiento externo al sustrato biológico del individuo (por ejemplo, la pérdida de un ser querido, un fracaso significativo, presenciar un hecho traumático o, en este caso, por un hecho de abuso sexual infantil). Cuando se dice que es de tipo mixta, quiere decir que puede tener un origen tanto interno, como externo (Vallejo y Gastó, 2000).

En algunas investigaciones recientes se ha encontrado que los niños víctimas de abuso y negligencia tienen un mayor riesgo de sufrir de depresión en la adultez e investigadores de la escuela de medicina de Nueva Jersey, evaluaron esta teoría. En un estudio participaron 676 niños que habían sido víctimas de abuso físico y sexual, así como también de negligencia antes de los 11 años y se compararon con 520 niños que no habían sido víctimas de abuso (físico y sexual) o negligencia. En este estudio se hizo un seguimiento de los niños, hasta que llegaron al comienzo de la adultez y se encontró que el abuso infantil, tanto físico como sexual, se relacionó con un aumento en el riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor durante toda la vida. También se había descubierto que los niños víctimas de abuso y negligencia tenían 51% más probabilidades de estar deprimidos al comienzo de la adultez; los niños que fueron abusados físicamente tuvieron un 59% de riesgo de sufrir de depresión, así como los que sufrieron de abuso sexual tuvieron un 75% de riesgo de presentar depresión. Finalmente en el estudio se encontró que, por lo que respecta a los niños que habían sido víctimas de abuso sexual, informaron que tenían significativamente más síntomas de depresión, que los niños que no habían sido víctimas de abuso o de negligencia (McCoy, 2007).

Es importante destacar que en la depresión se expresa la alteración de varias funciones psicológicas, como ocurre con la afectividad (tristeza), la cognición (desesperanza), la psicomotricidad (inhibición) y la conducta (hipoactividad) (Zandio, Ferrín y Cuesta, S.F).

A continuación se va a hablar como se dijo, sobre la neuropsicología de la depresión. Dicho eso, en la depresión existen alteraciones tanto en los niveles de monoaminas, como en las funciones neuroendocrinas, por lo que se debe considerar los efectos que producen estas alteraciones, en las funciones neocorticales. En la

depresión hay un déficit de serotonina, que produce una disminución del flujo sanguíneo y del metabolismo de los lóbulos frontales, como se ha observado en los estudios con PET (Tomografía por Emisión de Positrones); además la serotonina regula el ciclo del sueño, razón por la cual, en las personas que sufren de depresión se pueden observar alteraciones neuropsicológicas específicas y una dificultad en la ejecución de pruebas neuropsicológicas (Álvarez, S.F).

Se cree que el neocórtex y el hipocampo están involucrados en los aspectos cognitivos de la depresión, es decir, en las ideas o sentimientos de culpa, falta de autoestima, de desesperanza y en las alteraciones de la memoria. Por otra parte, parece ser que el hipotálamo es la estructura que media los síntomas neurovegetativos, como el sueño, el apetito, la energía y la libido. Una de las características fundamentales del hipotálamo es su papel, en la que cumple la función de coordinar las distintas funciones neuroendocrinas y neurovegetativas, que se encuentran alteradas en la depresión (hay una hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal, un hipotiroidismo subclínico, alteraciones en la función de la hormona del crecimiento y de la prolactina) (Dinan, 2001; citado por Zandio, Ferrín y Cuesta, S.F).

Según Álvarez (S.F), en los pacientes deprimidos se ha encontrado en la RM (Resonancia Magnética), lesiones de leucoencefalopatía, lagunas a nivel de la sustancia blanca y lesiones vasculares de pequeños vasos, que cuando se presentan en personas menores de 40 años, se consideran como marcadores biológicos de la depresión. El estudio con SPECT cerebral, muestra zonas de hipoperfusión del lóbulo frontal, que desaparece con el tratamiento de antidepresivos.

Según Rozados (2007), mediante el uso del PET varios investigadores han encontrado en algunos pacientes un estado de hipometabolismo en la corteza prefrontal en individuos deprimidos, especialmente en el hemisferio izquierdo. De igual forma, las investigaciones han mostrado cómo la activación de dicha zona, está asociada con una menor intensidad de las manifestaciones depresivas, mediante el tratamiento farmacológico o con el procedimiento de la TMS (Estimulación Magnética Transcraneana). Esta región del cerebro está implicada en la motivación y en búsqueda de satisfacciones mediante el cumplimiento de metas, por tanto, estos procesos desaparecen en individuos deprimidos, lo que explicaría su pobre iniciativa e

incapacidad para experimentar placer (anhedonia). Posiblemente, los circuitos de serotonina y noradrenalina tienen la función de mantener activada la corteza prefrontal, pero es necesario hacer más estudios experimentales y clínicos, para confirmar esta hipótesis. Se ha encontrado además, que las neuronas prefrontales mantienen inhibida la amígdala (vinculada con estados emocionales negativos, como ansiedad y respuestas exageradas al estrés, como ya se había dicho); esta inhibición desaparece en personas deprimidas, lo que favorece la aparición de síntomas autonómicos y psíquicos indeseables.

La corteza prefrontal tiene un papel fundamental en las futuras respuestas de guía o de inhibición, que requieren la integración temporal de acontecimientos y que proporcionan continuidad, al proceso cerebral que conlleva el pensamiento. Estudios en monos han revelado interacciones inhibitorias entre las neuronas activas en distintos momentos, concernientes a la presentación de la señal o estímulo, retrasando el intervalo y el período de la respuesta de una tarea de trabajo memorístico; estos resultados sugieren un papel importante de la inhibición en el córtex cerebral, en cuanto a la sincronización de actividades neuronales durante el desarrollo de operaciones cognoscitivas y de este modo, formar el flujo temporal de la información (Constantinidis, 2002; citado por Rosados, 2007).

Con el PET, se demostró que la tristeza normal y la depresión patológica activan el sistema límbico y se presenta una desactivación cortical (de la corteza prefrontal derecha y parietal inferior) (Mayberg, Liotti, Brannan, et al., 1999; Sluzewka, Rybakowsky, Bosmang, et al., 1996; citados por Meza, 2007). Los pacientes deprimidos que reciben tratamiento, muestran cambios en las áreas cerebrales involucradas (hay un incremento de la actividad en la corteza y una disminución de la actividad en la región límbica) (Nemeroff, Kilts, Berns, 1999; citados por Meza, 2007).

Por otro lado, las técnicas de neuroimagen han señalado el córtex cingulado anterior de la corteza prefrontal (que tiene la capacidad de modular la respuesta emocional), es una de las áreas cerebrales que probablemente se altera en la depresión, además de la amígdala, el núcleo estriado y el tálamo. Los hallazgos más representativos en el córtex prefrontal a nivel del córtex cingulado, se localizan fundamentalmente en las siguientes áreas: la región subgenual del cíngulo anterior, el



área pregenual, situada en el cíngulo anterior, las regiones orbital y ventrolateral del córtex prefrontal y por último, las áreas dorsolateral del córtex prefrontal y dorsal del cíngulo anterior (Zandio, Ferrín y Cuesta, S.F).

Continuando con los hallazgos sobre la depresión, se ha encontrado que hay una disminución de la actividad neuronal en la corteza prefrontal lateral izquierda (Baxter, Phelps, Mazziotta et al. 1985; Martinot, Hardy, Feline et al. 1990 citados por Meza, 2007). Además hay una disminución de la actividad neuronal en los ganglios basales, especialmente del núcleo caudado y del putamen. Este hallazgo también se correlaciona con las anomalías morfológicas de los ganglios basales encontradas, tales como la reducción del tamaño e incremento de la hiperdensidad de los mismos (Krishna, McDonald, Escalona et al., 1992; citados por Meza, 2007). Para finalizar este trastorno, se debe decir que se ha encontrado una reducción global del metabolismo cerebral en las personas deprimidas (Kumar, Nadel, Alavi et al. 1992; citados por Meza, 2007).

Ahora se va a desarrollar otro tipo de trastorno que tiene relación con el abuso sexual infantil, conocido como el trastorno de la personalidad esquizoide, el cual además de tener componentes psicológicos, tiene también aspectos neuropsicológicos. Primero se hablará de cómo es su relación con el abuso sexual infantil y después de hablará de sus aspectos neurobiológicos.

Para comenzar, se debe decir que existe una fuerte relación entre el maltrato infantil (físico, sexual o psicológico) y el origen de trastornos psiquiátricos, así como también, con diferentes alteraciones del desarrollo cerebral normal de los niños, ya que el estrés generado a partir de este tipo de maltratos, tiene un gran impacto en ellos y deja secuelas imborrables en su estructura y funcionamiento cerebral en desarrollo (se producen cambios moleculares y neurobiológicos, que alteran irreversiblemente el desarrollo neuronal) (Teicher, 2007).

Como en capítulos anteriores se había mencionado, dentro de las secuelas sufridas debido al maltrato infantil, están la depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, TEPT, agresividad, impulsividad, delincuencia, hiperactividad, abuso de drogas, etc. Otra de las perturbaciones psiquiátricas más comunes, como consecuencia del maltrato infantil es el trastorno de la personalidad esquizoide, caracterizado por ver

a los demás en términos de “bueno” o “malo”, idealizando primero a una persona y después denigrándola por haber notado en ella algún defecto, desliz o traición; este tipo de personas son propensas a sufrir arrebatos de cólera o episodios pasajeros de paranoia o psicosis. Tienen además un historial de relaciones intensas e inestables, sintiéndose a la vez vacíos e inseguros de su identidad; intentan escapar de sus angustias, abusando del consumo de drogas o alcohol y pueden tener conductas autodestructivas o suicidas (Teicher, 2007).

Respecto a este trastorno, se puede decir que las personas que lo desarrollan, han sufrido diferentes formas de maltrato en la infancia, lo que hace que se produzca una alteración en el sistema límbico, habiendo una reducción de algunas de sus estructuras (Teicher, 2007). Driessen (2001; citado por Teicher, 2007) informó sobre la reducción del hipocampo, en un 16% de su tamaño y encontró una disminución del tamaño de la amígdala en un 8%, en mujeres adultas con un trastorno de personalidad esquizoide y con un historial de maltrato infantil.

Para Teicher (2007), era de esperar la afectación del sistema límbico como consecuencia de traumas infantiles. Sin embargo, a él y a sus colegas les intrigó la observación de que el maltrato se relacionaba con anomalías en los EEG (electroencefalogramas) del hemisferio izquierdo. Esto los impulsó a examinar los efectos del maltrato, en el desarrollo de los hemisferios izquierdo y derecho. Su equipo de investigación utilizó el EEG en 1997 para comparar 15 niños sanos, con 15 niños y adolescentes con enfermedades psiquiátricas, que tenían una confirmada historia de maltratos físicos o abusos sexuales graves. Los resultados mostraron que el hemisferio izquierdo de los niños sanos del grupo control, estaba más desarrollado que el derecho. En cambio, los pacientes que habían sido maltratados o abusados, tenían desarrollado más el hemisferio derecho, que el izquierdo. Los hemisferios derechos de estos pacientes se habían desarrollado tanto, como los hemisferios derechos de los sujetos del grupo control, pero los hemisferios izquierdos de aquéllos tenían una reducción de tamaño muy notable en comparación. El hemisferio izquierdo está especializado en percibir y expresar el lenguaje, mientras que el derecho se especializa en la información espacial y en expresar las emociones (especialmente las negativas). Teicher y sus colaboradores se habían preguntado si los niños maltratados almacenaban en el

hemisferio derecho, sus recuerdos traumáticos y si activaban con preferencia éste al recordarlos. Para poner a prueba esa hipótesis, Schiffer (1995; citado por Teicher, 2007), midió la actividad hemisférica de un grupo de adultos, mientras evocaban un recuerdo neutro y uno traumático de la infancia. El resultado fue que quienes tenían una historia de maltrato, activaban el hemisferio izquierdo, cuando evocaban recuerdos neutros y el derecho, cuando evocaban recuerdos dolorosos de su niñez. Los sujetos del grupo control usaban ambos hemisferios en un mismo grado, tanto para una, como para otra evocación; ésto da a entender que había una mayor integración entre los dos hemisferios en las personas sanas, que en los que han sufrido eventos traumáticos.

Los resultados apuntan a una interesante explicación del trastorno de la personalidad esquizoide, debido a que la reducción de la integración de los hemisferios y el menor tamaño del cuerpo calloso, quizá predispongan a este tipo de pacientes a pasar de forma brusca de un estado dominado por un hemisferio, a uno dominado por el otro, con percepciones emocionales y recuerdos muy diferentes. Esa polarización del dominio hemisférico podría ser la razón de que los sujetos vean a amigos, familiares, etc., de la forma más positiva cuando se hallan en un estado y de un modo más negativo, cuando saltan al otro. La irritabilidad eléctrica límbica puede producir síntomas de agresividad, exasperación y ansiedad. Por último, suele observarse una actividad electroencefálica anormal del lóbulo temporal en personal proclives al suicidio o de comportamiento autodestructivo (Teicher, 2007).

Respecto a la agresividad y a la impulsividad, estas pueden ser resultado del abuso sexual infantil, por lo que es necesario hablar de las bases neurobiológicas de estos dos aspectos. Principalmente se hablará sobre cómo influye cada uno de los neurotransmisores en la agresividad y en la impulsividad. Se debe aclarar que se va a hablar en mayor medida sobre la agresividad y en menor medida sobre la impulsividad, aunque ambas están relacionadas.

Dicho ésto, para Díaz (S.F), la conducta agresiva se encuentra asociada con el sistema límbico, formado principalmente por la amígdala y el hipocampo (estructuras a las que ya se les había hecho alusión); además de estas estructuras, en la agresividad también tienen un papel importante el septum, el estriado ventral, el hipotálamo, el córtex orbitofrontal y el córtex cingulado, entre otras. Son tres las estructuras que se

han relacionado básicamente con la agresividad: el hipotálamo, las estructuras límbicas y el córtex prefrontal.

El neocórtex es la estructura que se encarga de analizar la información, antes de realizar un comportamiento agresivo. Sin embargo, esta información debe ser filtrada primero por otras estructuras intermedias, dentro de las que se encuentra la amígdala (estructura fundamental en esa trayectoria previa). Se ha demostrado la implicación de la amígdala, en la forma como cada individuo procesa la información derivada de una situación, así como su implicación en la asociación entre un estímulo sensorial y las emociones que pueden acompañarlo. Además, la amígdala forma parte de un sistema que clasifica una serie de estímulos como base del procesamiento cortical; esta información la pasa por las estructuras “emocionales” y luego la pasa a otras estructuras del sistema límbico; son estas conexiones, las que darían las características conductuales, endocrinas y neurovegetativas a la conducta agresiva. Por otro lado, se sabe que la amígdala también interviene en la génesis del miedo, donde se incluye el miedo condicionado (como el que puede ser causado por un evento de abuso sexual infantil, tal como anteriormente se ha explicado en el apartado del TEPT) y el miedo es fundamental, para que se origine una conducta agresiva (Díaz, S.F.).

Por lo que respecta al hipotálamo, ésta es seguramente la estructura más importante en la modulación de las conductas agresivas; en ella están los receptores que registran los cambios de los parámetros internos, así como las redes neuronales que cuando se activan, producen los atributos afectivos asociados a todo tipo de estímulo percibido. El hipotálamo procesa los estímulos que provienen de la amígdala y de otras estructuras cerebrales. También éste tiene proyecciones hacia el tronco cerebral en el control de la agresividad; igualmente, la sustancia gris periacueductal está implicada en el comportamiento motor durante la conducta agresiva ofensiva. Por otra parte, de debe decir que se ha comprobado que son estructuras separadas, las que determinan la agresividad (Díaz, S.F.).

En cuanto a las áreas prefrontales, éstas tienen conexiones con la amígdala y con el hipotálamo, modulando la expresión de la agresividad. El córtex prefrontal ejerce una acción inhibitoria sobre la agresión y específicamente, el córtex orbitofrontal recibe información externa y de los núcleos inferiores, devolviéndosela una vez procesada, a

estos mismos centros. Una lesión en el córtex orbitofrontal, incrementa la agresividad y produce impulsividad e irritabilidad, de manera que se puede concluir que la corteza prefrontal es la que interviene en la regulación de la agresividad (Díaz, S.F.).

Además de lo que se acaba de decir, también hay una neuroquímica de la agresividad y para entender cómo es el control cerebral de la agresividad, es necesario saber cómo interactúan las estructuras modulares y los neurotransmisores, por lo que además de haber muchas estructuras en la regulación de la agresividad, ésta está controlada también por una gran variedad de neurotransmisores (Díaz, S.F.).

Se comenzará primero por los aminoácidos y los más conocidos son GABA, glutamato y glicina. Sin embargo del que más se tiene conocimiento, respecto a su relación con la agresividad, es el neurotransmisor del GABA; éste es un inhibidor de la agresividad y se ha encontrado una correlación negativa entre este neurotransmisor y la agresividad, es decir, a menor nivel de GABA en el estriado, hipocampo y amígdala, hay una mayor agresividad (Díaz, S.F.).

Por otro lado, están las monoaminas dentro de las que se encuentra la serotonina, dopamina y noradrenalina, las cuales tienen una gran implicación en la conducta agresiva. La serotonina está distribuida por todo el cerebro y se conoce su implicación en funciones como el sueño, el apetito, la sensación de dolor, la actividad sexual, los procesos de memoria y el control motor. Así mismo, se conoce por su acción sobre la regulación de la conducta, ante estímulos ambientales; cuando hay una reducción de la serotonina, se produce una alteración en el control de impulsos, hiperresponsividad ante los estímulos ambientales, alteraciones del humor y ansiedad; también se correlaciona con modificaciones en la conducta afectiva y sobre la conducta agresiva; una conducta impulsiva, las conductas destructivas con agresión y la violencia, se han relacionado con bajas concentraciones en LCR de 5-hidroxi-indolacético. Respecto a la dopamina, se debe decir que ésta se encuentra sobre todo concentrada en la sustancia negra, en la inervación del estriado, en el área tegmental ventral, en el núcleo Acumbens y en el lóbulo frontal; la dopamina desempeña un rol muy importante en la modulación de la conducta agresiva y se ha encontrado que un aumento de las concentraciones de dopamina en el cerebro, produce un incremento de las respuestas agresivas. Por su parte, la noradrenalina se encuentra

fundamentalmente en el núcleo solitario, así como en el locus coeruleus y las anomalías en la función noradrenérgica, favorecen la presentación de agresividad; el bloqueo de los receptores noradrenérgicos es de utilidad clínica en el control de la agresividad (Díaz, S.F.).

Respecto a los neuropéptidos, se debe decir que éstos se encuentran especialmente en el sistema límbico; la diferencia entre los neuropéptidos y el otro tipo de neurotransmisores, radica en la especificidad de su acción. Existen tres tipos de neuropéptidos, cuya acción se conoce con mayor precisión: la corticotropina (CRH), la vasopresina y los opioides. El CRH ejerce su acción fundamentalmente en el tronco cerebral y se asocia con funciones neurovegetativas, en el núcleo parabraquial, en el locus coeruleus y en el complejo vagal-dorsal, así como en algunas áreas cerebrales (particularmente en el sistema límbico). Al parecer el CRH tiene una acción integrativa en la organización de la conducta endocrina y de las respuestas neurovegetativas frente al estrés y cumple también una función en la amígdala, puesto que controla las conductas de miedo y agresión. Respecto a la vasopresina, ésta se encuentra en el hipotálamo y en los núcleos extratalámicos principalmente; se ha encontrado que el aumento en los niveles de vasopresina aumenta la conducta agresiva. Finalmente los opioides son de tres tipos: las encefalinas, las endorfinas y las dinorfinas; el déficit de ellos puede favorecer la aparición de la agresividad (Díaz, S.F.).

Por último, respecto a la agresividad es importante decir que además de la influencia de los neurotransmisores en la agresividad, también existen unos parámetros periféricos relacionados con ésta. Uno de estos parámetros es el colesterol y se ha encontrado que tasas anormalmente bajas de colesterol, se han relacionado con conductas agresivas y violentas; igualmente algunos medicamentos hipo-lipimiantes han dado lugar a conductas de irritabilidad, agresividad y suicidio (la hipótesis que se tiene es que un déficit de colesterol, podría dar lugar a una hipofuncionalidad de los receptores 5-HT<sub>1A</sub>); hay que considerar que el colesterol es el precursor de los neuroesteroides, sobre los que se conoce la capacidad de modelar la acción de los receptores GABA que, como se ha dicho, es un neurotransmisor inhibitor. Otro de estos parámetros es el sistema simpático, ya que la hipoactividad simpática se ha asociado con la indiferencia social, con una débil reactividad emocional y con un déficit

de atención e impulsividad en niños y adolescentes con problemas de conducta (especialmente se ha asociado con una baja actividad de la dopamina-beta-hidroxilasa). Finalmente el otro de los parámetros periféricos es la testosterona; en algunos estudios se ha encontrado que existe una relación entre una tasa alta de testosterona en el LCR (líquido cefalorraquídeo) y la presencia de conductas agresivas, aunque otras investigaciones más recientes no encuentran una relación directa entre la testosterona y la agresividad (Díaz, S.F.).

A continuación se va a hablar sobre la memoria traumática y diferentes aspectos de ésta, como su relación con el abuso sexual infantil, la relación entre el estrés y la memoria traumática, el procesamiento de la información traumática, entre otros aspectos relevantes para la investigación.

Lo primero que se debe decir es que existe una relación entre el abuso sexual infantil y los procesos cognitivos, especialmente se relaciona con la memoria. La relación entre el abuso sexual y la memoria depende en parte, de el vínculo que existe entre el niño y la persona que ha realizado el abuso, es decir, si éste ha sido realizado por una persona de confianza o no, ya que por parte de la víctima se puede generar un bloqueo de la información sobre el abuso, puesto que el hecho de “saber de quién se trata”, es ponerse a sí mismo en peligro (con el bloqueo de la información, de cierta forma se asegura la supervivencia de sí mismo y es un mecanismo de defensa). El bloqueo de información se puede ver como una reacción natural e inevitable contra el ASI y se rige por la lógica de la amnesia psicógena (de la cual se hablará más adelante), causada por el abuso. Sin embargo, se ha demostrado que el hecho de que exista una represión del hecho traumático en la memoria, no se reduce el sufrimiento en el niño. El sufrimiento psíquico producido por el ASI, involucra forzosamente al proceso de la memoria (el ASI implica una marca casi imposible de procesar por la memoria). Se sabe que la pérdida de memoria tiene lugar, cuando una persona ha pasado por una situación violenta o estresante que se considera tan fuerte (debido al impacto de lo ocurrido), que ésta no puede estar en condiciones de contar lo que le ha ocurrido (Jomed, 2008).

Es importante destacar que la memoria traumática y la no traumática que se presenta antes de los 20-30 meses de edad, posiblemente se almacena y se organiza

como memorias implícitas, las cuales no se pueden llegar a adquirir de una forma narrativa (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008).

Los sucesos traumáticos y estresantes, como el abuso sexual infantil, dejan una impresión clara en la memoria (Goodman, Quas, Batterman-Faunce, Riddleberger y Kuhn, 1997; Reviere, 1996; citados por Cantón, 2008); cuando existe un evento que genera estrés y este comienza a volverse intenso, el estrés se convierte en un “estrés traumático”, donde el niño al sentirse desbordado totalmente por el evento estresante, no puede procesar la información de una forma narrativa, produciendo así una disociación de la memoria, que se compartimentaliza y no se integra en los esquemas existentes; esta disociación se produciría mientras tiene lugar la experiencia traumática y el sujeto la codifica (Van der Kolk, 1996; citado por Cantón, 2008). La disociación tiene como consecuencia que haya memorias de poco fiar y que sean especialmente vulnerables a la distorsión (o sugestionabilidad) (Kihlstrom, 1996 y Loftus, 1997; citados por Cantón, 2008). Hace un momento se había hablado de la represión de un hecho traumático en la memoria; en este sentido, la represión se entiende como el proceso por el cual, hay un apartamiento de un recuerdo de la conciencia por su contenido amenazante para el individuo, pero una vez se encuentre codificado por éste, es posible recuperar la memoria posteriormente (Cantón, 2008).

Por otro lado, Johnson y Multhrup (1992, citados por Cantón, 2008), propusieron el “sistema modular de memoria de entrada múltiple” (MEM), y afirman que la memoria traumática se manejaría en diversos niveles dentro del MEM. Brewin, Dalgleish y Joseph (1996, citados por Cantón, 2008), explican el procesamiento del trauma, haciendo una distinción entre “memorias accesibles verbalmente” (memorias narrativas y de recuperación voluntaria) y “memorias accesibles situacionalmente” (memorias que no se pueden recuperar cuando la persona lo desea, sino que son estimuladas automáticamente por estímulos verbales, sensoriales o afectivos, relacionados con el trauma).

Por otra parte, se produce una integración completa en la memoria cuando la información traumática se asimila adecuadamente en los esquemas existentes, generando pocos sesgos o distorsiones de la memoria. Un desarrollo cognitivo inadecuado o un escaso apoyo social, pueden interferir en la integración de la



información y pueden provocar un “procesamiento crónico del trauma”, lo que originaría importantes sesgos de la memoria o una “inhibición prematura” del procesamiento del trauma (Cantón, 2008).

Al hablar de la memoria traumática, es necesario hablar así mismo del procesamiento de ésta, ya que es una cuestión fundamental que está relacionada con la evaluación del ASI, en la que se debe observar el grado de exactitud o de sugestionabilidad que se presenta en la memoria de los niños que han experimentado hechos muy estresantes o traumáticos, así como también si este tipo de recuerdos necesitan de mecanismos explicativos especiales (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008). Algunos investigadores defienden que la memoria traumática se procesa de una forma diferente a la memoria normal sobre sucesos comunes (Alpert, 1995; Van der Kolk y Fisler, 1995; Whitfield, 1995, 1995b; citados por Cantón, 2008); sin embargo, hay otros investigadores que piensan que no existen diferencias y que la información traumática se adquiere, se retiene y se olvida, del mismo modo (Hembrooke y Ceci, 1995; Loftus, Garry y Feldman, 1994; Shobe y Kihlstrom, 1997; citados por Cantón, 2008).

Los niños tienen una forma específica de procesar la información de un evento traumático (memoria traumática); pueden centrar la atención en momentos de alto estrés, lo que posibilita un mejor procesamiento de la información central del hecho traumático, con excepción de los detalles periféricos menos centrales del trauma. La persona atiende más y codifica con mayor claridad la información central, lo que no produce una distorsión (o muy poca) de los detalles (Christianson, 1992a; citado por Cantan, 2008). Si se repite dicha información a sí mismo o a otros (Yuille y Tollestrup, 1992; citados por Cantón, 2008), se hace posible que haya un registro más elaborado y mejor mantenido, así como también resulta más fácilmente accesible. Igualmente, la repetición del hecho permite aumentar la probabilidad de que la memoria traumática se integre en los esquemas existentes con un mínimo de distorsión.

La base de conocimientos del niño y su preparación para la comprensión de su experiencia traumática, determinarán la información que considere importante durante la codificación y a la que podrá acceder durante los procesos de recuperación (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008). Si no se repite o se reactiva la información,

por la falta de apoyo de un adulto o por el deseo de olvidar, puede seguir el mismo patrón de olvido que los detalles periféricos (Yuille y Tollestrup, 1992; citados por Cantón, 2008). La falta de integración de la memoria traumática, conlleva al desarrollo de síntomas del TEPT y/o de disociación (Putnam, 1997; citado por Cantón, 2008), que inhibirían el procesamiento de la información y las habilidades generales de la memoria. La capacidad cognitiva y emocional del niño para integrar información traumática se convierte en un importante aspecto evolutivo (Eisen y Goodman 1998; citados por Cantón, 2008).

El incremento del estrés durante el momento del trauma puede generar una concentración de la atención en los detalles básicos del hecho, a expensas de los periféricos (Christianson, 1992a, 1992b; citado por Cantón, 2008), lo que a su vez daría lugar a un mejor procesamiento. Estudios recientes han demostrado que los niños recuerdan mejor los detalles centrales de los sucesos estresantes o traumáticos, que sus elementos periféricos (Peterson y Bell, 1996; citados por Cantón, 2008). La concentración de la atención en momentos de alto estrés continuaría hasta que en un determinado momento, se haría especialmente intenso sobre el elemento más central y amenazante del trauma (Cantón, 2008).

Como la atención se va centrando cada vez más en los detalles principales del trauma, el niño no presta atención a los detalles periféricos lo suficiente como para codificarlos en su memoria, por lo que no los retiene en absoluto o los codifica débilmente y desaparecen con rapidez (Christianson, 1992b, citado por Cantón, 2008). Pero a pesar de esto, los niños a veces centran su atención en detalles de los sucesos traumáticos que a ellos les parecen importantes por motivos que los adultos desconocen. Pedirles que den información sobre recuerdos que les resultan inaccesibles o que nunca han almacenado, podría llevar a los niños a crear fantasías o a dar información falsa, para satisfacer las constantes peticiones del entrevistador para que suministren más información (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008). El aumento de la tensión y del terror, pueden producir una concentración interna de la atención (preocupación por la propia seguridad, sensaciones corporales o sentimientos), haciendo que el niño no atiende adecuadamente a los detalles del hecho

y no los codifique o almacene (Goodman y Quas, 1996; Pynoos et al., 1995; citados por Cantón, 2008).

Explorar el hecho del abuso justo después del trauma para intentar darle un sentido a lo que ha ocurrido, es lo que se llama “elaboración postrauma”. El niño puede crear su propia explicación de lo que ha ocurrido, en un intento de asimilar una información incomprensible; intenta darle su propio significado (Pynoos, Steinberg y Aronson, 1997; citados por Cantón, 2008). La idea se basa en el concepto de la elaboración postrauma, que plantea que la memoria de un suceso activado emocionalmente se ve fortalecida, por la repetida recuperación y repetición de la experiencia (Christianson, 1992a; citado por Cantón, 2008). Una cuestión importante al respecto, es la de ver si existen ciertos momentos posteriores al trauma en los que los niños podrían ser especialmente sugestionables a la introducción de información falsa (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008).

Los niños que carecen del apoyo por parte de un adulto en el momento del trauma, son más vulnerables y posiblemente se ven desbordados por la situación, lo que perjudicaría su capacidad para procesar correctamente la información relacionada con el trauma. La disponibilidad de una figura de apoyo repercute en una mejora de la memoria y en una menor sugestionabilidad, lo que supone una oportunidad de elaborar conjuntamente una narrativa coherente y exacta del suceso, de mantener y ensayar la memoria y de amortiguar los efectos emocionales negativos del trauma, que facilita el procesamiento óptimo de la información (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008). Antes del hecho, los padres influyen en la forma de afrontar, resistir y conocer el abuso por parte del niño; durante el incidente, el apoyo del adulto ayuda a amortiguar los efectos del hecho y finalmente, su función después del evento traumático es la de ayudarle al niño a entender la experiencia traumática y a confiar en su recuperación psicológica (Bat-Zion y Levey-Shiff, 1993; Pynoos et al., 1995; citados por Cantón, 2008). Los niños que demuestran tener un apego seguro respecto a sus padres, presentan una mayor autoconfianza que los del apego inseguro y éste se relaciona con la resistencia del niño a la sugestión, de forma que las diferencias entre las edades en la sugestionabilidad desaparecen, al controlar la autoconfianza (Goodman et al., 1991; Toth y Cicchetti, 1995; Vrij y Bush, 1998; citados por Cantón, 2008).

Los niños que han sido abusados no siempre tienen el apoyo de sus padres, incluso en algunos casos es posible que ellos mismos intenten confundirlo, engañarlo o inducirlo a errores, para que no revele lo ocurrido. Los niños también pueden sentirse culpables o avergonzados, aspectos que pueden contribuir a una desorganización de su memoria. Freyd (1996; citado por Cantón, 2008), propuso que la traición hecha por el padre que abusa sexualmente de alguno de sus hijos, activa un mecanismo de afrontamiento que bloquea la conciencia del abuso en la víctima, para poder mantener el proceso normal de apego con el padre abusador.

Los niños que han sufrido de abuso y han sido clasificados como niños que tienen “más trastornos psicológicos”, presentan una menor resistencia a la información capciosa. Sin embargo, el rendimiento de la memoria se puede afectar de una forma muy diferente, por las distintas formas de psicopatología (Eisen, Goodman, Qin y Davis, 1997, 1998; citados por Cantón, 2008).

La falta de integración de la información traumática de la memoria constituye el proceso básico en el desarrollo del TEPT (Pynoos et al., 1995; McNally, 1996; citados por Cantón, 2008). El TEPT impacta negativamente al procesamiento de la información de varias formas: la intrusión persistente de la memoria traumática interfiere en la capacidad de atención, la naturaleza aplastante de la información traumática origina una interferencia proactiva que impide su procesamiento y el individuo con TEPT, tiene problemas generalizados de atención, distractibilidad y discriminación de estímulos. En los niños, este tipo de problemas se expresan en forma de hiperactividad y déficit de atención (Van der Kolk y McFarlane, 1996; citados por Cantón, 2008).

Finalmente Terr (1991; citado por Cantón, 2008), propuso distinguir entre sucesos traumáticos aislados, los cuales se suelen recordar muy bien y con gran detalle a partir de los tres años de edad (Riviere, 1996; citado por Cantón, 2008), de las experiencias traumáticas múltiples o crónicas, que no se recuerdan muy bien y frecuentemente se disocian total o parcialmente. Una explicación alternativa a la influencia de los abusos crónicos en la memoria, es la que dice que la desconfianza desarrollada por los niños abusados y con hipervigilancia ante situaciones amenazantes, los puede llevar a una mejoría de la memoria en cuanto al hecho y a una mayor resistencia a la información capciosa (Cantón, 2008).

Por otro lado, uno de los trastornos de la memoria es la amnesia, que anteriormente había sido mencionada, aunque no se había profundizado sobre ésta. En este apartado se va a hablar sobre este aspecto, ya que es importante en el caso del abuso sexual infantil y que se debe tener en cuenta, puesto que la amnesia puede ser una consecuencia directa del abuso, de manera que se desarrollarán distintos aspectos de la amnesia, como los tipos de amnesia que existen y se hará énfasis sobre la amnesia psicógena, que es la que interesa en esta investigación.

Para hablar de amnesia, debe hablarse primero del olvido que es el proceso opuesto de la memoria. El olvido es un proceso normal que se da en cualquier ser humano, pero cuando se habla de que existe una pérdida significativa de memoria, la cual no puede ser atribuida al proceso normal de olvido, entonces se está hablando de amnesia (Vera, S.F.).

La amnesia se puede definir como una alteración neurocognitiva, caracterizada por el deterioro en la capacidad de aprender nueva información o por la incapacidad para recordar información ya aprendida por una persona (Portellano, 2005).

En el abuso sexual infantil, el trastorno de la memoria más frecuente es la amnesia sobre el propio trauma, provocada por la disociación patológica (Van der Kolk y Fisler, 1995; citados por Cantón, 2008). Usualmente los niños con amnesia del trauma, tienen sentimientos crónicos de despersonalización (sentirse que no se es uno mismo) y de desapego, lo que produce en su memoria una sensación de ensoñación, de manera que es difícil determinar si sus narraciones reflejan su experiencia real, la experiencia de otro o un sueño. La discontinuidad en su memoria (causadas por la disociación patológica), hace de los niños, sujetos más propensos a la sugestionabilidad por parte de otras personas, para rellenar sus lagunas en la memoria autobiográfica; a esto se le llama “pseudomemorias” y se ha encontrado una relación directa entre la disociación de la memoria y la sugestionabilidad en los niños (Eisen et al., 1997; citado por Cantón, 2008).

De acuerdo con la magnitud que abarque la amnesia, se puede hablar de los siguientes tipos: *amnesia total*, en ésta el individuo pierde la memoria completamente, olvidándose de quién es y de su vida, lo que tiene como consecuencia que no haya carácter, ni personalidad, ni persona; *amnesia parcial*, donde el individuo olvida un corto

periodo de tiempo, desde un punto específico hacia atrás o hacia adelante y este tipo de amnesia es frecuente después de ataques de epilepsia o de histeria; *amnesia lagunar* o *amnesia localizada*, que es la pérdida de memoria parcial, que abarca un periodo de tiempo concreto y que se debe a un episodio específico. Es importante decir que de acuerdo con el tipo de memoria que se implique en la amnesia, ésta puede ser “amnesia anterógrada”, que es la incapacidad de aprender nueva información o ser “amnesia retrógrada”, que es la incapacidad de recordar información ya adquirida (Vera, sin fecha).

Otra clasificación de la amnesia se basa en el origen o causa de ésta. Están entonces las *amnesias orgánicas*, causadas por una lesión en el sistema nervioso central y las *amnesias psicógenas*, las cuales tienen un origen psicológico o emocional (Portellano, 2005).

Las amnesias psicógenas, tal y como se acaba decir, son producto de factores emocionales y están relacionadas con un marcado estrés emocional. Los factores que pueden determinar este tipo de amnesias son el nivel de ansiedad, el estado de ánimo, los rasgos de la personalidad del sujeto, entre otros. Es importante destacar que la función o el fin de este tipo de amnesias, es la de proteger a la persona, por lo que actúan como un mecanismo de defensa (Apuntes de Psicología, 2007).

Entre las amnesias psicógenas también hay varios subtipos de amnesia, donde se pueden encontrar la *amnesia disociativa* (que es la incapacidad de recordar información relacionada con eventos emocionales de carácter estresante o traumático; es demasiado extensa como para ser explicada como un olvido y es frecuente en niños y adolescentes); a su vez, dentro de este tipo de amnesia se puede encontrar la *fuga disociativa* (modalidad de amnesia disociativa que tiene sus mismas características, aunque hay un desplazamiento intencionado de irse del lugar donde se vive, se trabaja, etc., asumiendo una nueva identidad), la *amnesia selectiva* (que es la incapacidad de recordar ciertos acontecimientos o hechos ocurridos en el pasado, produciéndose una pérdida parcial de la memoria de tipo lacunar, sin que haya una amnesia completa; afecta únicamente una parte de la información mnémica, como olvidar todo lo relacionado con una persona conocida o un hecho en específico; se pueden olvidar selectivamente hechos que pueden ser negativos para el estado emocional de la

persona, de forma que el olvido se convierte en una defensa frente al hecho traumático) y finalmente está la *amnesia por ansiedad* (que es una reacción de ansiedad aguda, ligada a una situación amenazante o un ataque de pánico que puede provocar respuestas de boqueo que impiden la fijación de la memoria; se puede dar por una violación, un robo, un secuestro, etc. y puede existir una incapacidad de identificar la cara del agresor, aunque se haya estado frente a frente con éste) (Portellano, 2005).

Para terminar con la categoría de análisis que se ha venido trabajando, debe decirse que, además de todas las consecuencias neuropsicológicas se acaban de mencionar, existen otras lesiones y secuelas neuropsicológicas también relevantes para esta investigación, como el impacto del evento traumático en el desarrollo normal del cerebro de los niños, ya que genera cambios neuroanatómicos, por lo tanto, también cambios en sus procesos cognitivos, comportamentales y afectivos.

En este sentido, Cook, Blaustein, Spinzzola & Van der Kolk (2005; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007) como tal no hablan trauma, sino del concepto de “trauma complejo”, el cual se refiere a los problemas que sufren los niños cuando han estado expuestos a ciertos eventos traumáticos, así como también este concepto se refiere al impacto de tales exposiciones, en su desarrollo cerebral a largo plazo. Dicho esto, la exposición a una experiencia traumática en la temprana infancia, produce un trauma complejo que deja varias secuelas a nivel cerebral en el niño. Entre estas exposiciones se incluye la agresión sexual (abuso sexual), la agresión emocional, el abuso físico, la negligencia, la pérdida de un ser querido, ser testigo de violencia domestica, etc. (Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

La investigación y la observación clínica ha demostrado que niños expuestos a un trauma complejo, presentan un deterioro en la regulación del afecto, en la cognición, en el comportamiento, en lo fisiológico/biológico, en lo relacional/interpersonal y en la capacidad de autoatribución (Cook et al., 2003, 2005; citada por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

El abuso sexual (como una forma de trauma complejo) influye y deteriora aspectos como el biológico-fisiológico, el interpersonal, el afectivo, el comportamental y la capacidad de autorregularse cognitivamente, puede producir TEPT (que varía, dependiendo del nivel del desarrollo del niño), entre otros trastornos, lo que contribuye

a la aparición de una psicopatología desde la infancia que en caso de no tener una adecuada intervención, puede permanecer en la adultez (Drake, Bush & van Gorp, 2001; Eth & Pynoos, 1985; Garbarino, Dubrow, Kostelny & Pardo, 1992; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Pynoos, 1990; Shanfar & Fox, 1997; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

En la aplicación de baterías neuropsicológicas a niños con historias de maltrato (relacionado con TEPT), dentro del cual se encuentra el ASI, se han encontrado bajos desempeños en la atención, razonamiento abstracto, funciones ejecutivas, memoria verbal y en las habilidades visuoespaciales, en comparación con los niños sanos del grupo control; también este tipo de niños demostraron tener un alto nivel de distractibilidad e impulsividad. No se encontraron diferencias en los dominios del lenguaje y de la velocidad psicomotora, comparado con los niños sanos del grupo control (Mezzacappa, Kindlon & Earls, 2001; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

En cuando a las secuelas neuroanatómicas, se ha comprobado que los niños expuestos a un evento traumático tienen diferencias fundamentales a nivel neuroanatómico entre las que están una disminución en el volumen del cuerpo caloso (De Bellis et al., 2002; Teicher et al., 1997, 2004; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007), una disminución del tamaño total del cerebro, una disminución del córtex prefrontal, un aumento de los ventrículos laterales y el aumento del volumen del fluido cerebroespinal del lóbulo frontal (Carrion et al. 2001; De Bellis et al. 1999, 2002; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007). De Bellis y colegas (1999; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007), han encontrado que una larga duración del trauma por abuso, está significativamente correlacionada con un pequeño volumen intracraneal (De Bellis et al., 1999; citado por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007). Además, han sido demostradas anormalidades electrofisiológicas en los lóbulos frontal y temporal izquierdos (Ito, Teicher, Glod & Ackerman, 1998; Ito et al., 1993; citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

Se puede concluir que los niños que sido expuestos a una experiencia traumática, tienen que hacer frente a una gran cantidad de consecuencias que se dan en el desarrollo cognitivo, a nivel neuropsicológico, neuroanatómico, funcional, etc. Es



importante decir también que la evaluación del trauma y de las secuelas, debe tener en cuenta el contexto de los síntomas y su etiología. La evaluación neuropsicológica es fundamental, ya que puede aclarar la naturaleza de las dificultades cognitivas, así los comportamientos que resultan de estas dificultades pueden ser mejor tratadas; también este tipo de evaluación puede mejorar la calidad de vida de los niños, proporcionando recomendaciones para el tratamiento más efectivas (Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

## 2. Credibilidad del testimonio infantil

Como se había dicho con anterioridad, esta es la segunda categoría de análisis que se trabajará en lo que resta del capítulo. Se comenzará hablando sobre el testimonio, que es básicamente lo que se pretende evaluar en los casos de abuso sexual infantil, así como su credibilidad. Para eso se tendrá en cuenta diferentes variables para la evaluación de la credibilidad, como los procesos de atención, memoria, procesamiento de información, lenguaje, desarrollo cognitivo (donde se tendrá en cuenta la discapacidad y el retraso mental, así como la relación entre la discapacidad y el ASI) y por último, las funciones ejecutivas.

En este sentido, el testimonio se encuentra dentro de las pruebas periciales que toman mayor fuerza en el nuevo Sistema Legal Colombiano y éste ha jugado un papel fundamental durante los procesos judiciales. Es por esta razón, que se hace necesario perfeccionar estrategias para hacer posible la validez del mismo, ya que en muchos casos no existe evidencia física, de manera que el testimonio se asume como la prueba fundamental dentro del ámbito penal (Escobar, S.F.).

Cuando el menor actúa como testigo y da su testimonio sobre el abuso sexual, hay una serie de variables que se deben considerar al momento de evaluar la credibilidad del testimonio infantil, como lo son la sugestionabilidad, la atención, la memoria, el lenguaje, el desarrollo cognitivo, las funciones ejecutivas, el estrés infantil, las creencias sociales sobre el testigo, entre otros (Universidad Alicante, Licenciatura en Criminología, 2008).

Por lo que respecta a la credibilidad y a la evaluación del testimonio infantil, se debe decir que usualmente se pide que el menor tenga una serie de competencias como la habilidad lingüística, una memoria suficiente, la capacidad de observar (o de

analizar la situación), la capacidad para diferenciar la fantasía de la realidad, así como tener la comprensión de la necesidad y la obligación de decir la verdad (Escribano y Vallespín, S.F).

En la credibilidad del testimonio infantil, se debe partir de una reflexión previa que se basa en la consideración adulta sobre este tipo de testimonio. Para eso, se necesita analizar las representaciones sociales acerca de la infancia en las sociedades occidentales, para entender la falsa creencia que dice que “los niños no dicen la verdad”, la cual durante mucho tiempo ha invalidado el testimonio infantil (Casas, 1998; citado por Juárez, S.F).

Durante varios años se ha pensado que la capacidad de los niños para observar e imitar las actividades de los adultos, puede llevar al cuestionamiento de su capacidad para aportar un testimonio independiente en un proceso judicial (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008). A comienzos del siglo se creía que los niños no podían testificar, debido a la presión social y a su sugestionabilidad. Sin embargo durante los años 80, la preocupación del aumento de casos de abuso sexual infantil hizo que apareciera una perspectiva más optimista sobre el testimonio por parte de niños. Investigaciones aportaron que los niños muchas veces realizaban descripciones exactas, sobre los sucesos que habían experimentado y también, que en muchas ocasiones eran capaces de resistirse a las sugerencias de los adultos (Saywitz, Goodman, Nicholas y Moan, 1991; Tobey y Goodman, 1992; citados por Cantón, 2008).

El grado de exactitud con que los niños pueden informar sobre acontecimientos que han experimentado, varía dependiendo de las demandas cognitivas de la situación, entre las que están las características del suceso (como el tiempo transcurrido desde que se produjo y la evaluación); las circunstancias en que deben recordarlo (como el tipo de preguntas hechas), así como también intervienen factores como la motivación que tengan para decir la verdad y sus deseos de agradar al entrevistador, entre otros. Según Poole y Lamb (1998), los casos de alegaciones falsas de abuso sexual infantil por parte de los niños, suelen ser causadas por el sometimiento a entrevistas sugestivas o por sugerencias capciosas fuera de la entrevista; según esto, se puede decir entonces que se trata más de una influencia por parte de los adultos, que de un problema de déficit cognitivo en los niños.

El entrevistador debe ser capaz de comprender las capacidades y limitaciones del niño, para poder obtener una descripción detallada del suceso que investiga (Poole y Lamb, 1998; citado por Cantón, 2008). A su vez, el entrevistador debe tener conocimiento sobre el desarrollo de las habilidades necesarias, para que un menor pueda informar sobre sucesos autobiográficos y ser consciente de que sus preguntas, así como la forma de hacerlas, pueden influir en la declaración del niño. Se requiere además que el entrevistador tenga conocimientos sobre el desarrollo evolutivo de los procesos como la atención, la memoria, el control de la fuente de información y de la comprensión que tenga el niño de los conceptos de verdad y mentira. Por último, debe conocer la capacidad del niño para dar su testimonio, en función de su nivel evolutivo, de la información que se le pide, de las técnicas de entrevista y de que se haya sido expuesto o no a información errónea, fuera del contexto formal de la entrevista (Cantón, 2008).

Además, los procesos cognitivos pueden afectar el testimonio de los niños y también, un factor decisivo en la evaluación del testimonio es la edad del menor, puesto que de ésta depende el desarrollo cognitivo (Juárez, 2004).

Dada la importancia de los procesos cognitivos, ahora se desarrollará cada uno de los procesos que tienen más importancia para esta investigación y que tienen una mayor influencia en la credibilidad del testimonio infantil (desde un punto de vista evolutivo).

Dicho esto, el primer proceso del cual se hablará es la atención, que se encarga de seleccionar y filtrar información, estableciendo un orden de prioridades, ya que al cerebro llega continuamente numerosos tipos de información, que no puede ser procesada simultáneamente. La atención también es la encargada de hacer el proceso de selección de la información dentro del sistema nervioso, por lo que es una función básica, que articula todos los demás procesos cognitivos. La atención no es un proceso unitario, sino que es un sistema funcional complejo, dinámico, multimodal y jerárquico, que facilita el proceso de información, seleccionando los estímulos pertinentes para poder hacer una determinada actividad, ya sea sensorial, cognitiva o motora, por tanto, se puede decir que la atención funciona como un proceso de focalización selectiva hacia un determinado estímulo, filtrando, desechando e inhibiendo la información que

no se necesita o no es deseada. Para poder realizar un proceso cognitivo, se necesita que se produzca antes un grado de selección de estímulos que accedan al sistema nervioso, mediante los mecanismos atencionales (Portellano, 2005).

La estructura de la atención se conforma por diferentes estratos jerárquicos que van de menor a mayor complejidad y se articulan en forma de redes neurales situadas en diversas estructuras nerviosas. Entre los tipos de atención se encuentra el *estado de alerta* (más conocido como vigilancia) y es la base fundamental de los procesos atencionales, ya que constituye el nivel más elemental y primario de la atención; *la atención sostenida*, es la capacidad mediante la cual el foco atencional se puede mantener, resistiendo al incremento de fatiga y a las condiciones de distractibilidad; *la atención selectiva*, es la capacidad para mantener una determinada respuesta ante un estímulo, a pesar de la presencia de varios estímulos distractores, que simultáneamente compiten entre sí; *la atención alternante*, es la capacidad para cambiar el foco de atención desde un estímulo a otro, desplazándolo entre varias tareas que exigen distinta respuesta cognitiva, pero ejerciendo un control para que la información se atiende de forma selectiva; *la atención dividida*, es la capacidad de responder simultáneamente a diferentes estímulos durante la realización de una misma tarea y por último, está *la atención excluyente*, que es la capacidad para producir una respuesta, inhibiendo otras que no son importantes para lograr una meta, exigiendo la ignorancia de estímulos irrelevantes para la realización de una tarea (Portellano, 2005).

Según Gabowitz, Zucker y Cook (2007), dentro de la atención se debe evaluar la atención selectiva o focalizada (concentración), la sostenida, la alternante y la dividida, ya que los niños con problemas de atención, pueden sufrir de distractibilidad o de dificultades para tener una atención sostenida, aspecto fundamental al momento de realizar la evaluación del ASI.

Por lo que respecta al proceso de atención, se debe decir que es una función importante para poder narrar con exactitud un hecho experimentado, puesto que es necesario que el niño haya prestado atención a las características del hecho y que además, atiende a las instrucciones y preguntas del entrevistador. Sin embargo, los niños más pequeños tienen una mayor facilidad de sufrir distracciones presentando déficits en su atención sostenida y selectiva, donde a pesar de recibir instrucciones,

centran su atención usualmente en información irrelevante. Los niños pueden no atender sucesos o detalles considerados fundamentales y por eso mismo, no los memorizan (Faller, 1996; Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008). El fracaso en la atención posiblemente sea el origen de que los niños cometan errores en el momento de hacer la entrevista (Brainerd y Orenstein, 1991; citados por Cantón, 2008). En una situación de abuso sexual real, la falta de atención puede afectar detalles importantes sobre el abuso (por ejemplo, el hecho de que el pene del agresor estuviera erecto o no) y por esta misma falta de detalles, podrían surgir dudas sobre la veracidad de su testimonio (Faller, 1996; citado por Cantón, 2008).

Un motivo por el cual los niños más pequeños tienen dificultades con la atención, es que seguramente aún no está completado el desarrollo del córtex prefrontal; el desarrollo neurológico de esta región explicaría la mejora sustancial en la capacidad de mantener la atención y de concentrarse en las instrucciones que se dan, en niños de seis y siete años (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008).

Investigaciones actuales sobre el desarrollo de la atención sugieren aplicar técnicas diferentes para mejorar el rendimiento del niño durante la entrevista, como el diseñar un ambiente que reduzca las distracciones lo máximo posible (ayudando a su concentración de esta forma); diseñar los objetivos antes de la entrevista para ir al punto central y no cansar o distraer al niño y por último, dada la relación entre la comprensión y la atención, se debe presentar y explicar el papel de la entrevista lo más claro posible y también sus reglas. A pesar de las complicaciones que se pueda tener al entrevistar niños muy pequeños, es posible tener una adecuada entrevista, siempre y cuando se tengan en cuenta las necesidades del niño. El problema es poder conseguir un equilibrio, reduciendo el nivel de estrés del niño y manteniéndolo concentrado en la tarea (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008).

Por último, es fundamental decir que los niños no siempre tienen la misma capacidad de atención sostenida en todas las edades, es decir, la atención depende de la edad. Para corroborar esto, Lenis, Saavedra, López y Jiménez, (2005) afirman que la atención sostenida (para estas autoras “promedio de tiempo de estabilidad de la atención”) en un niño de dos años es de aproximadamente 7 minutos; en un niño de tres años es de aproximadamente 9 minutos; en un niño de cinco años es de

aproximadamente 13 minutos y en un niño entre los seis y los siete años, ya puede ser de 45 o 60 minutos aproximadamente.

Por otro lado, se debe decir que la credibilidad del testimonio infantil se basa principalmente en la función de la memoria, razón por la cual, se hace necesario hacer referencia sobre este proceso. Dicho eso, la memoria es una de las funciones superiores del ser humano y es la que permite registrar (o codificar), consolidar (o retener) y recuperar (o evoca) información previamente almacenada. De esta forma, se puede decir que la memoria es la capacidad para retener la información aprendida y la capacidad de adquirir nuevo conocimiento (Portellano, 2005).

Básicamente hay dos grandes modalidades de memoria, una a corto plazo y una a largo plazo. La memoria a corto plazo es la que tiene una duración de segundos o minutos y la memoria a largo plazo se divide a su vez en memoria reciente (que se suele confundir con la memoria a corto plazo, aunque realmente es de largo plazo y es la que almacena información de los últimos días, semanas o meses) y la memoria remota (que es la que se conoce como tal de “memoria a largo plazo”, la cual es la que tiene almacenada información de años atrás, es decir, mantiene información durante largos periodos de tiempo de manera permanente) (Portellano, 2005).

Es importante hacer un paréntesis antes de hablar de la memoria en los niños, para definir “memoria por testigos” termino aplicado por Mira (1999, citado por Juárez, 2004) y por el que se entiende como el conjunto de conocimientos e investigaciones que intentan determinar la calidad del testimonio que ponen de manifiesto los testigos sobre delitos o accidentes. El estudio de la psicología de la memoria de los testigos es lo que se va a conocer como Psicología del Testimonio, área de la psicología que se ocupa de aspectos básicos, como la exactitud de las declaraciones y la credibilidad de los testigos y de sus testimonios (Juárez, 2004).

Para continuar hablando sobre la memoria en los niños, se debe comenzar diciendo que en años anteriores ha existido un debate sobre la capacidad que tienen los niños para testificar, en el cual los detractores afirman que la capacidad para recordar y describir experiencias por parte de los niños es muy escasa. Sin embargo, hay quienes afirman que los niños pueden testificar y que de hecho, no se puede refutar que la principal fuente de información sobre el abuso sexual infantil, es el mismo niño.

Es por eso que la evaluación del abuso sexual requiere que el entrevistador tenga conocimientos acerca de la naturaleza y el desarrollo de la memoria durante la infancia y la adolescencia (Cantón, 2008).

Se debe tener en cuenta que la cantidad de información que se recuerda por parte de un niño de tres años, disminuye entre una y tres semanas después de haberse dado el hecho, mientras que durante el mismo periodo en un niño de seis años, se mantiene. Los niños se suelen fijar más en los detalles periféricos del hecho-, se ha encontrado que la memoria es la interacción acumulativa de lo que una persona experimenta, es decir, de lo que ve, oye, aprende e infiere, por lo que es más una memoria reconstructiva, que una reproductiva (es rara la vez que se reproduzca exactamente un suceso, ya que siempre hay transformaciones de los inputs (información que llega al cerebro) (Mapes, 1995; citado por Cantón, 2008)

Siguiendo con lo que respecta al desarrollo de la memoria, se puede decir que los niños de tres años suelen tener una memoria ya organizada (cuando se trata de sucesos comprensibles y que han sido directamente experimentados) (Eisen y Goodman, 1998; citados por Cantón, 2008). Los niños de entre tres y cinco años, pueden proporcionar información exacta sobre hechos concretos y nuevos de su vida (Fivush, 1993; citado por Cantón, 2008). Sin embargo, carecen de una base de conocimientos lo suficientemente amplia como para darle un sentido a los hechos y pueden no entender varias de sus experiencias. Las limitaciones cognitivas en el número de unidades de información que un niño puede coordinar y tener en mente, son un factor restrictivo. El niño tiene que darle sentido a un suceso, para poder incorporar los detalles de la experiencia a los esquemas de que dispone; la forma cómo el niño define el abuso, determinará cómo se almacena, se organiza y se recuerda un evento, en un momento posterior. Se ha encontrado que los niños más pequeños presentan un menor control consciente de su memoria y a menudo necesitan ayuda de los adultos, para narrar el suceso. Alrededor de los cinco años de edad, los niños tienen ya una capacidad de memoria más consistente, pero la cantidad de información que pueden retener, dependerá de factores relacionados con su experiencia (Tessler y Nelson, 1994; Fivush, 1993, 1998; citados por Cantón, 2008).

En relación con lo anterior, los niños no son conscientes de su verdadera

capacidad para recordar, hasta que tienen entre ocho y nueve años de edad (esta conciencia sobre la propia memoria es lo que se conoce como “metamemoria”) y antes de esta edad, tienden a sobrestimar su capacidad mnémica, donde con frecuencia intentan recordar más información de la que realmente pueden recordar, lo que repercute en un menor rendimiento a la hora de aportar información realmente relevante. Por su parte, los niños pequeños tienen menos estrategias eficaces de ensayo, en comparación con los niños más grandes, lo que quiere decir que con la edad, van adquiriendo estas estrategias que les permite mejorar su capacidad para recordar hechos e información. Estas estrategias son raras en niños de seis años pero los que tienen diez años, ya la utilizan con frecuencia. Otro cambio evolutivo que afecta la memoria es el surgimiento de estrategias organizativas para dar significado y coherencia a la información; los niños preescolares tienen escasas competencias de este tipo; los niños que tienen entre nueve y diez años aproximadamente, ya pueden desarrollar agrupamientos parciales y los de diez años, buscan activamente relaciones entre los ítems, para hacer agrupaciones (Cantón, 2008).

El conocimiento de la propia memoria (o metamemoria), puede facilitar el recuerdo y según Mapes (1995; citado por Cantón, 2008), la metamemoria se apoya en tres habilidades básicas: ser consciente de que hay que recordar algo (si el niño cree que es importante recordar algo, le atribuirá significado al suceso y lo recordará mejor); la evaluación de la dificultad de una tarea (los niños preescolares tienen una escasa comprensión de los distintos grados de dificultad que implican las diversas tareas de la memoria) y la monitorización, que es la habilidad para evaluar los progresos del propio aprendizaje (con la edad aumenta la capacidad de centrarse en la información importante).

Se debe decir que cuanto más se experimente un evento o estímulo, así como también cuanto más se repita, mejor será su recuerdo (Cantón, 2008) y que lo que una persona recuerda, dependerá de la información que se ha procesado y de cómo la ha procesado. Con la edad, los niños van presentando unos niveles más profundos de procesamiento, que mejoran el recuerdo (Mapes, 1995; citado por Cantón, 2008). También es importante resaltar que cuanto más se aproxime una nueva experiencia a otra previa en el niño, éste podrá entender y recordar mejor la nueva información, así



como también su procesamiento de instrucciones será más complejo y los niños mayores entenderán y recordarán mejor (Cantón, 2008).

Cambiando un poco de tema, es necesario especificar las capacidades de la memoria, teniendo en cuenta que esas capacidades se ven afectadas de diferente forma, por factores como la edad, el estrés o el tiempo transcurrido entre el abuso y la evaluación (Cantón, 2008). Aunque los niños pueden recordar incidentes que han experimentado, también es cierto que el recuerdo puede verse influenciado por la sugestionabilidad, ya que existe una relación entre ésta y la memoria (Lamb, Stenberg y Esplin, 1994; citados por Cantón, 2008). En este sentido, los niños pequeños parecen ser más susceptibles de ser sugestionados, en comparación con los niños mayores, problema que se va acrecentando, de acuerdo al aumento del tiempo transcurrido entre el hecho experimentado y su evaluación (Brainerd y Ornstein, 1991; citados por Cantón, 2008).

Por otra parte, el cerebro organiza la información en forma de esquemas, dentro de los cuales los hechos familiares y rutinarios se organizan en “guiones”, mientras que la información relativa a las personas se organiza en “estereotipos”. La memoria de algunos niños pequeños puede ser muy exacta, incluso después de haber pasado mucho tiempo, sobre todo si se trata de situaciones con las que el niño está familiarizado (Merrit et al., 1994; Ornstein, 1995; citados por Cantón, 2008). En relación con esto, se debe decir que el paso del tiempo entre la experiencia y el recuerdo, aumenta la tendencia a basarse en guiones y a su vez, las explicaciones basadas en guiones aportan menos detalles (Davidson, 1992; citado por Cantón, 2008). En este sentido, el acceso a algunas partes de la memoria puede resultar más difícil cuando ha transcurrido un tiempo considerable y la memoria, como un proceso reconstructivo, se puede ver influido por la forma de preguntar durante la entrevista, así como por la repetición de las entrevistas, que no solo puede dar lugar a una consolidación de la memoria, sino también a su configuración (Orstein, Larus y Clubb, 1992; citados por Cantón, 2008).

Se debe destacar que los niños pequeños tienden a realizar descripciones más cortas de sus experiencias que los adultos, pero aun así pueden llegar a ser bastante exactas y también se ha encontrado que tanto niños como adultos, al momento de dar

su testimonio, cometen errores de omisión (Steward, 1993; citado por Cantón, 2008).

Un método para determinar la calidad de la memoria del niño sobre una experiencia específica, consiste en pedirle al niño que cuente todo lo relacionado al hecho sin hacerle ninguna pregunta en especial (se conoce como recuerdo libre, que permite que este menos sesgada la información con este procedimiento). Los niños pequeños aportan relativamente menos detalles, pero cometen un porcentaje equivalente de errores (no más que los niños más grandes o que los adultos), lo que muestra que la información dada por los niños muy pequeños puede ser tan exacta, como la de los adultos. Sin embargo, en el contexto judicial se suele mirar tanto la calidad, como la cantidad de información aportada por el niño (Cantón, 2008).

Respecto al recuerdo guiado, debe decirse que éste consiste en utilizar palabras o bits de información para aumentar la cantidad de información recordada por el niño. Se puede recurrir a enunciados de tipo verdadero/falso o de sí/no o recurrir a un formato de selección múltiple en el que se presentan varias alternativas para elegir una u optar por un formato de respuesta corta, pidiéndole al niño que aporte información sobre un determinado detalle. Los niños (incluso los preescolares) que han observado un hecho en el que no participaron, pueden recordar información exacta, tanto como los más grandes o como los adultos (Ceci, Togliola y Ross, 1987; Saywitz, 1987; citados por Cantón, 2008). Sin embargo, los niños más pequeños pueden tener más dificultades en el recuerdo guiado cuando se trata de experiencias propias (Goodman et al., 1987; citados por Cantón, 2008). Así mismo, cometen más errores que los mayores y que los adultos, cuando se utilizan preguntas de selección múltiple y entre las alternativas no se incluye la respuesta exacta y aunque sepan que pueden responder con “ninguna de las anteriores”, muchos no lo hacen. Los niños más pequeños no tienen más dificultades que los adultos, cuando se les plantea preguntas de verdadero o falso o de selección múltiple, incluyendo la respuesta exacta (King y Yuille, 1987; citados por Cantón, 2008). Es más probable que los niños recuerden aspectos y sucesos importantes o significativos para ellos, aunque esto no significa necesariamente que recuerden mejor los incidentes abusivos (Ornstein, Larus y Clubb, 1992; citados por Cantón, 2008).

Finalmente, se debe aclarar que en algunos casos, el abuso sexual no resulta ser siempre traumático o doloroso, donde el contexto en el que se revelan los abusos,

puede resultar estresante independientemente de que lo que signifique para el niño el suceso recordado. Pero aunque el niño recuerde el suceso y no le sea traumático, de todas formas el proceso de recuperación en sí, resulta complicado (Canton, 2008).

Otro de los procesos importantes relacionados con la memoria y con el testimonio, es el que se conoce como el procesamiento de la información, basado en tres procesos que ya se han mencionado antes, pero que no se ha profundizado. Estos tres procesos son: la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información.

La codificación es el proceso mediante el cual, un estímulo externo se transmite al cerebro para su almacenamiento; este proceso está sujeto a un conjunto de influencias que distorsionan el recuerdo, tales como la personalidad del niño y el estado emocional (éstos influyen en la atención que se presta al suceso por parte del niño); las expectativas o la actitud general pueden perjudicar o fortalecer la exactitud de la codificación y en ésta también pueden influir los factores temporales (la duración y frecuencia del suceso) o los factores ambientales (como la claridad o la ambigüedad del suceso) (Cantón, 2008).

Por su parte, el almacenamiento de la información se lleva a cabo mediante el proceso de retención y la retención del hecho almacenado mejora con la repetición (ya sea mentalmente o contándoselo a otros), pero existe el peligro que durante esta repetición, se incluya información falsa o se vea distorsionada la información que se ha almacenado (ésto se debe a que el cerebro está preparado para proteger al individuo de pensamientos o sentimientos displacenteros, por lo que se vale de mecanismos de defensa que distorsionarían dicha información). Durante el almacenamiento se debe tener en cuenta que la memoria con el tiempo, se vuelve más reconstructiva y menos reproductiva al ir añadiendo nuevas experiencias e informaciones, por lo tanto, cuanto más tiempo haya pasado entre el momento del hecho y del recuerdo, mayor será la probabilidad de que se generen distorsiones (Cantón, 2008).

Finalmente, por lo que respecta al proceso de recuperación de la información, se debe decir que éste es el proceso que se encarga de traer a la conciencia, la información que ya había sido almacenada y en relación con ésto, se debe tener en cuenta que la información del post-suceso afecta el recuerdo (o como también se

conoce, la postelaboración del trauma, proceso del que antes se había hablado) (Cantón, 2008).

A continuación se va a hablar sobre el proceso del lenguaje, el cual es una función básica al momento de realizar una entrevista o hacer una evaluación sobre la credibilidad del testimonio infantil, ya que para llevarse a cabo ésta, se debe tener en cuenta el desarrollo del lenguaje en los niños y saber si los niños comprenden lo que se les está diciendo, así como también se debe tener en cuenta el uso del lenguaje por parte del entrevistador. En este sentido, se debe tener especial cuidado a la hora de hacer la evaluación a un niño (más cuando es pequeño), porque puede no entender lo que se le dice o se le pregunta, de forma que se sesga la información proporcionada por éste. Además es importante utilizar, a la hora de realizar la evaluación, los mismos términos que utiliza en niño y tener siempre presente el estadio del desarrollo cognitivo en el que se encuentra el niño, porque éste determinará el desarrollo del lenguaje (Bastidas, Posada y Ramírez, 2005).

Habiendo dicho esto, Bastidas, Posada y Ramírez (2005) se refieren al lenguaje, como un proceso de comunicación visible y audible. Para ellos, el desarrollo del lenguaje durante cada una de las etapas del desarrollo, es el siguiente:

En la etapa de lactancia, el niño de un mes de nacido tiene un lenguaje que se basa en el llanto principalmente. Del primer mes a los 3 meses de nacido, el niño puede emitir sonidos como “a”, “e” y “u”. De los 4 a los 6 meses de nacido, aparece el parloteo y al final de este periodo trata de imitar sonidos. De los 7 a los 9 meses es el periodo del “laleo” y el “balbuceo”; se perfecciona la respuesta vocal social; al final de este periodo puede imitar sonidos y pronunciar silabas como “ba”, “da”, o “ca” y puede decir al azar palabras como “mamá” y “papá” (aunque ignora su significado). De los 10 a los 12 meses, dice ya de uno a tres disilabos claros y con sentido preciso; atiende a su nombre, llama a la madre y comprende la palabra “no”. De los 13 a los 16 meses tiene y usa una jerga; señala, parlotea ininteligiblemente, dice varias palabras y puede combinar dos de ellas; también puede llamar algunos objetos por su nombre; es el periodo de la palabra-frase, en el que cada palabra tiene un significado distinto según el contexto en el que se dice, así como van acompañadas de una entonación y un gesto. De los 17 a los 20 meses puede decir de diez a veinte palabras, incluyendo su nombre;

puede mostrar y nombrar un dibujo; acata órdenes sencillas y aproximadamente a los 18 meses, dice su primera frase (que consiste en dos palabras con significado), así como adquiere la capacidad de negación. De los 21 a los 24 meses, hace frases de tres o más palabras (sustantivos y verbos) y cuenta experiencias inmediatas (Bastidas, Posada y Ramírez, 2005).

Según Bastidas, Posada y Ramírez (2005), el desarrollo del lenguaje en la edad preescolar, tiene una gran influencia en la cantidad y calidad del lenguaje (como en todas las demás etapas). De los 25 a los 30 meses de edad, el niño por lo general puede decir ya su nombre y su edad, así como el de su mamá y su papá; tiene un vocabulario mínimo de 50 palabras y usa los términos de “yo”, “mi”, “tu” y sus respectivos plurales; reconoce cinco o más dibujos y comprende órdenes sencillas. De los 31 a los 36 meses, usa oraciones completas de tres palabras (sujeto, verbo y complemento), conoce su nombre completo y se refiere a sí mismo con el pronombre “yo”. De los 37 a los 48 meses, perfecciona el uso de oraciones, responde preguntas simples, relata experiencias, cuenta hasta tres y describe bien un dibujo. De los 49 a los 60 meses, es “parlanchín” y “preguntón”; conoce y repite canciones, usa conjunciones, distingue colores y puede contar hasta cuatro. De los 5 a los 6 años, ya su voz no es monótona y habla sin articulación infantil; el lenguaje ya tiene una función social y usa oraciones de diez o más palabras, así como también puede contar hasta diez.

En la etapa escolar, el lenguaje del niño es mucho más amplio, con mayores influencias por las nuevas relaciones adquiridas con los profesores y con sus pares, con los que empieza a ejercitar la jerga propia de cada grupo de edad (Bastidas, Posada y Ramírez, 2005).

En la adolescencia, el lenguaje es completo y en él participa el enriquecimiento de la lengua con el aporte de nuevas palabras, las cuales utiliza como jerga indicadora de su pertenencia a determinados grupos (Bastidas, Posada y Ramírez, 2005).

Para Gabowitz, Zucker y Cook (2007) la evaluación del lenguaje es esencial, para reconocer que el desempeño del niño puede estar influenciado por otros sistemas funcionales, incluidos la atención, las funciones ejecutivas, el aprendizaje y la memoria y dicen que es una función que se debe tener en cuenta, ya que mediante ésta, el niño expresa el abuso, así como también es la función mediante la cual, el entrevistador y el

niño se comunican, por lo que se debe tener presente cómo habla el niño, para hablar de la misma forma y así el niño pueda entender lo que el entrevistador le está preguntando.

Por otro lado, aunque se diga la memoria del niño sea buena, los esfuerzos para que éste dé un testimonio fiable se pueden frustrar, por sus limitaciones evolutivas en el lenguaje. Muchos de los problemas que plantea el testimonio de los niños se debe a que posiblemente no han entendido la pregunta o por una interpretación incorrecta de sus respuestas, por parte del entrevistador. Además, es posible que las exigencias necesarias por parte del contexto legal sobre la comunicación, no se adecuen al nivel del desarrollo lingüístico que tiene el niño (Saywitz y Goodman, 1996; citados por Cantón, 2008).

Es importante tener en cuenta que el vocabulario de los niños pequeños es más limitado y menos descriptivo que el de los niños más grandes o el de los adultos, además de que tienen la tendencia a ser más breves y a dar escasa información, la cual es muy probable que no tenga adjetivos, ni adverbios. El problema al que debe enfrentarse el entrevistador es el poder conseguir explicaciones que tengan suficientes detalles descriptivos como para entender la declaración del niño. Cuanto más pobre sea el lenguaje de éste, mayor será la probabilidad de que la declaración se interprete erróneamente o que el niño malinterprete las preguntas y el propósito del entrevistador (Perry y Wrightsman, 1991; Walter, 1993; citados por Cantón, 2008). Las explicaciones que dan los niños son breves, porque no se basan en experiencias pasadas con las que se puedan establecer asociaciones que enriquezcan sus explicaciones descriptivas, con analogías o metáforas. Esta falta de asociaciones, fomenta las disgresiones cuando los niños narran un incidente. El entrevistador debe ser consciente de la tendencia del niño a realizar estas disgresiones y debe estar atento para redirigir su atención sin influenciar en él (Cantón, 2008).

Además, los niños interpretan algunas palabras u oraciones de forma personal, pudiendo no compartir el significado que los adultos le atribuyen o pueden confundirlas con otras palabras que conocen y que tienen un sonido parecido. El entrevistador por eso debe usar términos concretos en vez de genéricos y preguntarle al niño para

asegurarse de que ambos están atribuyendo el mismo significado al término (Poole y Lamb, 1998; Cantón, 2008).

Se ha encontrado en varios estudios que hasta los seis años, los niños pueden aprender de 5 a 8 palabras diarias (Wilkinson, Dube y McIlvane, 1996; citados por Cantón, 2008). Durante la evaluación del ASI, se debe tener especial cuidado de no enseñarle al niño palabras relacionadas al abuso sexual y se debe procurar usar las mismas palabras para describir los objetos, las partes del cuerpo y las acciones en todo momento. La adquisición del vocabulario depende del contexto, por eso los niños tienden a responder negativamente cuando la pregunta tiene los términos “algo”, “alguno” o “alguien” y no usar adecuadamente los términos temporales de “antes” y “después”, cuando describen acontecimientos habituales de su vida (Poole y Lamb, 1998; citado por Cantón, 2008).

La capacidad para responder a las preguntas con contenido espacial, requieren de unas determinadas habilidades cognitivas o de ciertas experiencias de aprendizaje. Los niños pueden malinterpretar palabras importantes y de uso frecuente durante la entrevista, seguramente porque no las saben utilizar, por carecer del desarrollo cognitivo necesario o por aparecer en una complicada construcción gramatical para ellos (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008). Walker (1994; citado por Cantón, 2008) dice que hasta los seis años, los niños creen que los tocamientos implican siempre las manos (cuando pueden estar describiendo una penetración y decir que nadie los ha tocado) y algunos a los siete años tienen problemas para entender el término “mover” cuando se está haciendo referencia al pene, de esta forma es recomendable utilizar términos como “poner”, “menear” o “juguetear”. Los más pequeños confunden muchas veces las palabras “entre” y “dentro”, haciéndose necesaria la formulación de preguntas aclaratorias al respecto.

Las preguntas hechas en el contexto legal requieren con frecuencia que los testigos indiquen el momento y el lugar del hecho con precisión, habilidades que se desarrollarán gradualmente durante los años de primaria. El resultado es que los niños más pequeños intentan responder preguntas que necesitan de unas habilidades que aun no han desarrollado. Por otro lado, los niños primero aprenden los tiempos verbales y solo después, comienza a usar términos temporales como los de “hoy”, “mañana” y

“ayer”. A los cinco años, empieza a comprender los términos “ayer” y “mañana”, “siempre”, “nunca” y “algunas veces”, pero su comprensión de las fechas y del momento es muy limitada hasta los ocho o diez años. La capacidad para responder sobre la hora o el día en que sucedió el hecho, surge hasta los siete u ocho años. A veces a los cinco años aún confunden “antes” y “después”, así como les resulta más fácil aprender el concepto de “a la vez” y más difícil “mientras”. Lo ideal es que el adulto infiera el momento en que se produjo un determinado suceso a partir de las actividades cotidianas del niño (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008).

Antes de los seis años los niños no entienden la palabra “más”, siendo preferible la formulación de preguntas de selección múltiple para determinar la frecuencia. A los ocho o nueve años empiezan a darle significado correcto al término “recordar” (antes de esta edad suelen pensar que para recordar es necesario haber olvidado primero, razón por la que se debe evitar hacer preguntas que inicien con “¿Recuerdas...?”. La identificación clara de las personas es fundamental en el testimonio del niño, por lo que es necesario evitar las confusiones que se pueden producir por la duplicidad de nombres, el uso de sobrenombres o la utilización de palabras que designan el parentesco (los niños no entienden totalmente los términos del parentesco hasta los diez años). Las palabras “eso/ésto”, “aquí/allí”, “venir/ir”, “traer/llevar”, aparece en el lenguaje espontáneo del niño a los dos años, pero al tratarse de términos cuyo significado cambia en función del que habla y escucha, solo hasta los siete años los pueden entender. Se debe resaltar además que muchos niños menores de siete años no saben lo que es un abogado y casi un tercio de los niños de doce años aún no entienden el significado de la palabra jurado (Cantón, 2008).

Así como se debe tener en cuenta el desarrollo del vocabulario del niño, también es importante tener presente el desarrollo sintáctico del mismo, ya que puede tener un buen vocabulario (acorde a su edad), pero puede que aún no haya alcanzado un buen desarrollo sintáctico. La secuencia sujeto-verbo-predicado es la más común en todos los niños cuando comienza el desarrollo del lenguaje, de forma que el niño procesa mejor las preguntas que tienen esta estructura gramatical. La voz pasiva no se domina hasta los diez-trece años, así que es mejor usar siempre la voz activa (Poole y Lamb, 1998; Walker, 1994; citados por Cantón, 2008). Cuando se introduce información



aclaratoria usando preguntas o frases complejas se debe poner primero la oración principal, así como mantener juntos y al principio, el sujeto y verbo principales. Es más difícil entender las frases con varias preguntas simultáneas, así como también entender preguntas cortas que contienen más de un concepto. Finalmente las preguntas que tienen una negación o una doble negación y las que implican la conformidad del sujeto de forma negativa o positiva son de mayor complejidad lingüística y se deben evitar, porque estas últimas son muy sugestivas (Perry et al., 1995; Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008).

La habilidad para entender los pronombres no se desarrolla plenamente hasta los diez años y es especialmente difícil para los niños preescolares entender su uso (Poole y Lamb, 1998; citados por Cantón, 2008). Las palabras que asumen el significado de otras anteriores son muy difíciles para los niños, debido a que requieren de un control de lo manifestado anteriormente; por eso el entrevistador debe utilizar un lenguaje redundante y repetir la información importante en vez de recurrir al uso de los pronombres. Por otra parte, el niño desarrolla antes la capacidad para responder preguntas sobre “qué”, “quién” o “dónde”, que a preguntas relativas como “cuándo”, “cómo” y “por qué”. También, antes de los siete a diez años, los niños no son capaces aun de describir bien sus motivaciones y la habilidad para describir los motivos de los demás, no surge hasta los diez-trece años (cuando se les pregunta por qué han hecho o han dejado de hacer algo, lo entienden como un reproche) (Poole y Lamb, 1998; Walker, 1994; citados por Cantón, 2008).

Es importante también hablar sobre la capacidad de comunicación de los niños y cómo ésta se va adquiriendo poco a poco. En este sentido, es a partir de los ocho años, que los niños comienzan a indicar los cambios de tema en las conversaciones, de forma que el entrevistador puede no darse cuenta de un cambio de este tipo cuando entrevista a un niño pequeño, de manera que siempre se les debe pedir una aclaración cuando se piense que los niños se han desviado del tema (Poole y Lamb, 1998; Warren y McCloskey, 1997; citados por Cantón, 2008).

Por otra parte, aunque se deben evitar las preguntas sugestivas, los niños pequeños posiblemente se benefician de los intentos por estructurar sus recuerdos usando las ayudas preguntas de indicio que les puede dar el entrevistador, sin

influenciar al niño (Dent, 1991; citado por Cantón, 2008). También, el entrevistador debe ser capaz de evitar preguntas que los niños no son capaces de responder (Lamb, Sternberg y Esplin, 1994; citados por Cantón, 2008) y para que el riesgo de confusión se minimice, debe procurar que el niño utilice sus propias palabras mientras explica lo que ha visto o experimentado. Cuando no están claros algunos aspectos de la explicación, se debe pedirle al niño que lo explique “de otra forma” (Perry y Wrighsman, 1991; citados por Cantón, 2008).

La complejidad del lenguaje que se usa para preguntar, influye en la consistencia de la declaración. Los niños pequeños no dominan algunos tipos de construcciones gramaticales que se usan con frecuencia en las audiencias y de hecho, cuando se les hacen preguntas utilizando términos legales, el porcentaje de errores aumenta notablemente (Cantón, 2008). Se ha encontrado que el estilo lingüístico del entrevistador influye en la competencia comunicativa del niño como testigo y se puede inferir que un niño le puede contestar al entrevistador y no estar respondiendo a su pregunta (Walker, 1993; citado por Cantón, 2008).

Se debe añadir que los niños pequeños tampoco detectan cuándo un mensaje es ambiguo (o tiene doble sentido), inclusive cuando tienen conciencia de su ambigüedad, no suelen manifestarlo al entrevistador. A partir de los seis años que comienzan a desarrollar las habilidades básicas de diálogo, como pedir aclaración cuando no han entendido algo o expresarlo de otra forma, cuando piensan que el adulto no les ha entendido (Poole y Lamb, 1998; Warren y McCloskey, 1997; citados por Cantón, 2008). Cuando a un niño se le pregunta por un hecho, puede intentar responder aunque no entienda la pregunta y en el momento en que le toque hablar, seguramente responderá a la parte que haya entendido de la pregunta, que por lo general es el principio o el final de la misma (Saywitz y Snyder, 1993; citados por Cantón, 2008). El niño al no estar familiarizado con el contexto legal (que es muy complejo), es posible que tenga dificultades para vigilar su comprensión (Cantón, 2008).

Por último, se puede decir que la calidad de la declaración de un niño depende de la capacidad que tenga el entrevistador de realizar la entrevista haciéndole preguntas en un lenguaje que entienda y sobre conceptos claros; también dependerá

de la capacidad del niño para detectar y hacer frente a preguntas que no entienda (Saywitz y Goodman, 1996; citados por Cantón, 2008).

Por otro lado, para hablar de otro proceso fundamental como lo es el desarrollo cognitivo (o desarrollo intelectual), es necesario hablar sobre los planteamientos de Piaget, que habla sobre el desarrollo cognitivo en cuatro etapas básicamente. Es importante hablar sobre este proceso, debido a que es fundamental saber en qué etapa del desarrollo cognitivo se encuentra el niño al cual se le va a hacer la evaluación del ASI, para que de ésta forma la evaluación se acomode al desarrollo intelectual del niño y esté acorde a éste. En esta parte del capítulo, se hará una pequeña mención sobre la discapacidad mental, donde se hará más énfasis sobre el retraso mental, así como también se hablará sobre cómo la discapacidad se relaciona con el abuso sexual infantil y la credibilidad del testimonio. Sin embargo, frente a ésto último se debe aclarar que hay diferentes tipos de discapacidades (además del retraso mental), pero no se tendrán en cuenta en la investigación, ya que lo sucede con este tipo de discapacidad, se aplica para los demás tipos de discapacidades básicamente. Se incluye el tema de la discapacidad, puesto que es importante para la evaluación de la credibilidad del testimonio, dado que la evaluación se puede complicar cuando existe la presencia de algún tipo de discapacidad.

En primer lugar es importante destacar que las etapas del desarrollo cognitivo de Piaget, contribuyen a explicar la forma cómo piensan los niños y cómo el pensamiento se desarrolla con los años en los niños (Singer, 1971) y Piaget con su descripción de las etapas de este desarrollo lo que hace como tal, es una descripción de la inteligencia como “proceso” (Strommen, McKinney y Fitzgerald, 1982).

Según afirma Juárez (2004), Piaget entiende el desarrollo cognitivo o intelectual, como una evolución a través de estadios del pensamiento cualitativamente diferentes y afirma que no es una distinción de “cantidad” (mayor o menor capacidad para pensar), sino de “cualidad” (se piensa de forma diferente en cada edad).

Habiendo dicho esto, para Piaget el conocimiento progresa hacia niveles de organización cada vez más complejos y estables; es en este progreso, donde los procesos fundamentales en el desarrollo cognitivo son la “asimilación” (que es la incorporación de información obtenida a partir de la experiencia, sobre el sustrato

genético y sobre lo creado por la actividad del niño o del adolescente y permite manejar problemas nuevos con los mecanismos ya adquiridos) y la “acomodación” (que son los cambios en el niño o el adolescente, que hacen que puedan resolver problemas nuevos; se debe cambiar para adaptarse); con estos dos procesos se puede llegar a la “adaptación” (este proceso lleva a la formación de esquemas o estructuras de pensamiento hechos a partir de conductas, que pueden repetirse y coordinarse con otras, para poder inventar nuevos repertorios de conducta) (Bastidas, Posada y Ramírez, 2005).

Los cuatro estadios del desarrollo cognitivo para Piaget, son periodos en los que las operaciones mentales adquieren una estructura diferente, que determina cómo el niño ve el mundo. Piaget observó que en cada ser humano se dan cambios universales durante el desarrollo cognitivo, sin momentos claramente diferenciados durante el desarrollo; esos cambios están relacionados con la forma en la que el niño entiende el mundo que le rodea, en cada uno de los estadios en el desarrollo cognitivo (Juárez, 2004).

El primer estadio del desarrollo cognitivo es el que se conoce como el “sensoriomotor”, que va desde los 0 hasta los 2 años de edad. Se caracteriza por el hecho de que los bebés entienden el mundo a través de su acción sobre él. Sus acciones motoras reflejan los esquemas sensoriomotores o patrones generalizados de acciones, para poder entender el mundo (un ejemplo de esto, es el reflejo de succión). Al final de este periodo, los niños pueden representar mentalmente la realidad externa (Juárez, 2004).

Bastidas, Posada y Ramírez (2005) dicen que la etapa sensoriomotriz para Piaget, es la etapa en la que el niño crea un mundo práctico vinculado íntimamente con sus deseos de satisfacción física, a través de la experiencia sensorial ante sus deseos. Las interacciones del niño con el ambiente se regulan por acciones sensoriales (ver, oír, oler, etc.) y físicas (agarrar, succionar, entre otros reflejos). En esta etapa se usan los reflejos y se forman esquemas rudimentarios. Se comienza a construir categorías de objeto y empieza a surgir la noción de espacio, tiempo y causalidad, de forma que comienza a representarse mentalmente las situaciones.

El segundo estadio es el “preoperacional”, el cual va desde los 2 a los 7 años. Se caracteriza porque los niños ya pueden utilizar las representaciones simbólicas (imágenes mentales, dibujos, palabras, gestos, juegos simbólicos, etc.), más que como solo acciones motoras, para comenzar a pensar sobre los objetos y los acontecimientos. El pensamiento en este estadio es más rápido, más flexible, más eficiente y más compartido socialmente; sin embargo también está limitado por el egocentrismo, la focalización en los estados perceptuales, por la rigidez (falta de reversibilidad) y por el apoyo en las apariencias, más que en las realidades subyacentes (Juárez, 2004).

Por su parte Bastidas, Posada y Ramírez (2005) afirman que el desarrollo cognoscitivo del niño en la etapa preescolar, es decir, que se encuentra en la etapa preoperacional según Piaget, consiste en el paso de un pensamiento caracterizado por la sensorpercepción, a un pensamiento prelógico caracterizado por la concentración en un solo aspecto de un problema y por la irreversibilidad o imposibilidad de regresar al punto de partida en una operación. De los 2 a los 4 años de edad, el niño pasa por un periodo de transformación entre la autosatisfacción propia del lactante, a una conducta social rudimentaria propia del final de la edad preescolar; es una etapa de investigación permanente que se llama “preconceptual”. De los 4 a los 7 años el niño está en una fase del desarrollo cognitivo, donde el pensamiento se expresa por el lenguaje y no por el aparato motor y esta es la etapa que se conoce como la del “pensamiento intuitivo”. Las etapas “preconceptual” y de “pensamiento intuitivo”, constituyen las subetapas del pensamiento preoperacional.

El estadio de las “operaciones concretas”, que va desde los 7 hasta los 11 años, se caracteriza en que los niños adquieren operaciones, es decir, sistemas de acciones mentales internas, que subyacen al pensamiento lógico. En esta etapa, ya hay una noción del concepto de reversibilidad (en las operaciones), que permite a los niños superar las limitaciones del pensamiento preoperacional. Además, adquieren conceptos como el de conservación, inclusión de clases y adopción de perspectiva. La limitación en esta etapa, es que las operaciones solo se pueden aplicar a los objetos concretos, presentes o que están mentalmente representados (Juárez, 2004).

Bastidas, Posada y Ramírez (2005), afirman que la etapa de las operaciones concretas se caracteriza, por la construcción de un pensamiento concreto con el que se logra un mayor control de los procesos mentales propios y se adquieren conceptos como masa, volumen y perspectiva. Estos autores afirman que para Piaget, en esta etapa se presupone una experimentación mental que depende todavía de la percepción, es decir, que aún no se pueden hacer operaciones mentales sin concebir concretamente su lógica interna.

El último estadio para Piaget es el de las “operaciones formales”, que va desde los 11 a los 15 años. En esta etapa, ya hay operaciones mentales que pueden aplicarse a lo posible o hipotético (además de a lo real), así como al presente, al futuro y a afirmaciones verbales o lógicas. En esta etapa se encuentran los adolescentes, quienes adquieren un pensamiento científico, un razonamiento hipotético-deductivo y un razonamiento lógico, con su razonamiento interpersonal. Es a partir de esta etapa que se entienden conceptos abstractos (Juárez, 2004).

El desarrollo cognitivo en la etapa de las operaciones formales, según Bastidas, Posada y Ramírez (2005), se caracteriza por la construcción del pensamiento abstracto, acompañado del razonamiento inductivo y la abstracción (pensamiento sobre el pensamiento). Ellos afirman que para Piaget ésta es la etapa en la que pueden pensar sobre hechos u opiniones contrapuestos, comprenderlos y reconciliarlos.

Para finalizar sobre los estadios del desarrollo cognitivo de Piaget, es importante aclarar que en cada uno de estadios se asume estructuralmente el estadio anterior y es por este motivo, que no es posible que se den alteraciones de la secuencia de los estadios (Juárez, 2004).

Cuando existe una discapacidad, estos estadios del desarrollo cognitivo pueden verse afectados y alterados por la discapacidad misma (esto dependerá del tipo de discapacidad, ya que para que se vea afectado el desarrollo cognitivo, tendría que ser un tipo de discapacidad mental o psicológica). Ya que como en las discapacidades de tipo psicológico o mental hay implicaciones en el desarrollo cognitivo y en otro tipo de discapacidades como las sensoriales (entre otros), hay implicaciones que también pueden permitir que se presente un hecho de abuso, es por eso que es importante hablar de la relación entre discapacidad y abuso sexual infantil.

Habiendo dicho esto, a continuación se hablará de esta relación. En este sentido, la situación de abuso sexual infantil se ve agravada en los casos en los que los niños presentan algún tipo de discapacidad, debido a que es más fácil que el ASI pase inadvertido ante la sociedad, tal y como ocurre en la mayoría de los casos. En una sociedad donde el tema del abuso sexual en niños con discapacidades es un tabú, esto responde especialmente a factores culturales donde la discapacidad (sensorial, física, anatómica, mental) es vista como un castigo y es objeto de lastima o de caridad. En general, esta problemática es poco conocida y poco explorada, lo que tiene como consecuencia que los niños con discapacidad, estén expuestos a hechos de maltrato y de abuso continuamente (Rivas, 2008).

La relación entre abuso sexual y discapacidad, ha sido uno de los aspectos que más ha tardado en ser abordado. Como hace un momento se dijo, actualmente existen pocos estudios y trabajos empíricos sobre este tema (Ammerman, Hersen, Van Hasselt, Lubetsky y Sieck, 1994; Sobsey y Mansell, 1997; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998; Bermejo, 1999; Clemente, 2000; Verdugo y Bermejo, 1995; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002). Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre maltrato en personas con discapacidad se han centrado en el análisis de tres aspectos que son: la discapacidad como causa del maltrato (o factor explicativo y de riesgo); la discapacidad como consecuencia del maltrato (o consecuencia de los comportamientos violentos que provocan en el niño daños importantes) y la discapacidad de los padres como riesgo de maltrato (Verdugo y Bermejo, 1995; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

Dentro de los aspectos explicativos del abuso sexual en niños con discapacidad, se pueden encontrar las limitaciones cognitivas (implicadas en el caso del retraso mental, que dificultan la capacidad de expresar deseos y necesidades, tanto afectivas como sexuales); la presencia de trastornos mentales (como por ejemplo el autismo); la posibilidad de carecer de habilidades comunicativas (que impiden contar lo ocurrido); la posibilidad de tener algún tipo de limitación sensorial (como estar ciego, sordo o mudo); las relaciones de dependencia y sumisión por parte de los niños discapacitados, para con sus padres y cuidadores; la pérdida de intimidad (que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y ante determinadas personas) y finalmente, también se

puede encontrar la ausencia de un modelo de rol sexual, que impide el desarrollo de una adecuada identidad sexual, la falta de información sexual y el desconocimiento sobre algunas conductas sexuales (como saber si una determinada conducta es adecuada o no) (Turk y Brown, 1993; Ammerman et al., 1994; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bermejo, 1999; citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

Un tipo de discapacidad que se da con mucha frecuencia es el retraso mental (RM), que se define como un síndrome de comportamiento heterogéneo, caracterizado por el deterioro a nivel intelectual y en el comportamiento adaptativo de una persona (entendiéndose por éste último, como la efectividad en el funcionamiento de una persona según el nivel esperado para su edad cronológica y mental). El RM se caracteriza entonces por una capacidad intelectual que se encuentra significativamente por debajo de la media y por la limitación en dos o más de las siguientes áreas adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales, uso de recursos comunitarios, autocontrol, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y finalmente trabajo (Bielsa, Molina, Rafael y Tomàs, S.F.).

El DSM-IV-TR establece tres criterios principales para el diagnóstico del RM. El criterio A es el que dice que la capacidad intelectual debe ser significativamente inferior al promedio (es decir, un CI igual o menor a 70 puntos). El criterio B es el que dice que el déficit o deterioro en el funcionamiento adaptativo tiene que presentarse al menos en dos de las áreas de la efectividad de la persona, ya mencionadas. El criterio C es el que dice que el comienzo del deterioro debe darse antes de los 18 años.

Por lo que respecta a la clasificación del RM se puede decir que hay un retraso mental leve, si el puntaje del CI está entre 50 a 69 (en éste se encuentra un fracaso escolar en la mayoría de los casos; hay un desarrollo psicomotor normal y no hay anomalías importantes en el lenguaje); de 35 a 49 puntos en el CI, es retraso un retraso mental moderado; entre 20 a 34 puntos en el CI, es un retraso mental severo (en el retraso moderado y severo las personas no superan la edad mental de los 6 o 7 años; con frecuencia hay un retraso en el desarrollo psicomotor; existe la posibilidad de cierta autonomía en los hábitos cotidianos; el lenguaje es asintáctico) y finalmente si el CI es menor de 20 puntos, el retraso mental es profundo (la persona no supera la edad mental de los 2 o 3 años; en éste, durante la primera infancia hay un retraso de todas



las adquisiciones; no hay autonomía en los hábitos cotidianos; el lenguaje es casi inexistente y en este tipo de retraso son frecuentes las anomalías morfológicas y las alteraciones neurológicas) (Bielsa, Molina, Rafael y Tomàs, S. F.).

Brown (1974; citado por Bentovim, Elton, Hildebrand, Tranter y Vizard, 1988; citados por Juárez, S.F.) demostró que los niños que presentan retraso mental, tienen un mayor riesgo de sufrir un abuso sexual, ya que presentan particulares problemas de memoria y son percibidos como más propensos a la sugestionabilidad, cuando deben dar su declaración o testimonio, así como también se considera que hacen menos precisiones sobre los hechos ocurridos y sus recuerdos son más incompletos, en comparación con los niños que tienen un desarrollo cognitivo normal.

Sin embargo Dent (1992; citado por Juárez, S.F.) demostró lo contrario, en una de sus investigaciones sobre la interacción entre la edad, el desarrollo cognitivo (entendido en ese estudio como inteligencia) y las técnicas de entrevista, en tres grupos de niños (un primer grupo estaba conformado por 102 niños entre los 9-10 años de edad, con una capacidad cognitiva normal; un segundo grupo estaba conformado por 78 niños, entre 8-12 años de edad, con dificultades en el aprendizaje y un tercer grupo conformado por 65 adultos, con edades comprendidas entre 16 y 41 años). En la investigación se emplearon tres técnicas diferentes de entrevista, las cuales consistieron en la técnica exposición libre, la técnica de preguntas generales y la técnica de preguntas específicas. Durante la investigación se pudo concluir que la técnica de exposición libre es la que obtiene mayor precisión con los tres grupos de la muestra, junto con la técnica de preguntas generales; por su parte, las preguntas específicas demuestran tener una importante disminución de la precisión del recuerdo en los dos grupos de niños, es decir, se encontró que las medias de los niños eran significativamente menores, en comparación de las medidas de los adultos. Con estos resultados se confirma que el testimonio infantil puede ser considerado tan preciso y fiable como el testimonio de un adulto, siempre y cuando se utilicen correctamente las técnicas de entrevista de exposición libre y de preguntas generales. El mayor hallazgo según esta investigación, es el hecho de que la disminución intelectual no produjo diferencias significativas. Por lo tanto Dent verifica con su estudio, que no existían diferencias significativas entre los menores que tenían “dificultades en el aprendizaje” y

los menores con un desarrollo cognitivo normal en las tareas de recuerdo, con el uso de las técnicas de entrevista de exposición libre y de entrevista con preguntas generales. Sin embargo, evaluando la riqueza de las descripciones, se confirmó que el grupo de niños con discapacidad obtenía una puntuación inferior cuando se les interrogaba con la técnica de preguntas específicas.

Para terminar el tema del desarrollo cognitivo, es importante mencionar los planteamientos de Goodman y Schwartz-Kenne (1992 citado por Juárez, S.F.), quienes ofrecen un cambio de enfoque sobre el testimonio infantil. Ellos afirman que no se trata de pensar que los niños más pequeños son menos precisos en sus testimonios, debido a su menor edad y menor desarrollo cognitivo, sino que se debe introducir entrevistadores más hábiles, para que estos niños puedan conseguir un mejor rendimiento y un mejor recuerdo de los hechos, es decir, que sean más precisos y que den más detalles; por esta razón, ellos dicen que no es bueno centrarse exclusivamente en la edad de los niños, sino en las tareas que favorecen el testimonio de estos niños y en este sentido, el control de la sugestionabilidad es un factor esencial para conseguir un adecuado recuerdo infantil. Ellos afirman que también el contexto de la entrevista y las tareas exigidas a los niños, son elementos condicionantes para su habilidad al momento de testificar, por lo que se puede decir que son aspectos que se pueden controlar por parte del entrevistador. En relación con lo que se acaba de decir, se debe añadir que los factores sociales y emocionales, modulan el desarrollo cognitivo (respecto a las diferencias del testimonio expresado por una persona, sea un niño o un adulto); la discusión y el apoyo social, incrementan el nivel de un recuerdo, así como disminuye el nivel de errores de los niños (Moston, 1992; citado por Juárez, S.F.).

Finalmente, para terminar este capítulo, es necesario hablar sobre las funciones ejecutivas, así como su relación con el abuso sexual infantil. En este sentido, es importante decir que el abuso sexual infantil además de tener efectos en los procesos como la memoria, atención y en el desarrollo cognitivo, entre otros, también puede tener efectos sobre las funciones ejecutivas; por esa razón en este apartado se hablará sobre estas alteraciones y la relación entre éstas y el ASI (aunque se debe aclarar realmente no hay mucha información al respecto frente a éste último).

Para Portellano (2005), las funciones ejecutivas son un conjunto de funciones que organizan la conducta humana, permitiendo la resolución de problemas complejos. Entre éstas, se incluyen varios aspectos que se relacionan con los procesos cognitivos y emocionales, entre los cuales se encuentra la capacidad para seleccionar, planificar, anticipar, modular o inhibir la actividad mental; la capacidad para monitorear tareas; la selección, previsión y anticipación de objetivos; fluidez ideatoria; control de la atención; formulación de conceptos abstractos y de pensamiento conceptual; la memoria de trabajo; la organización temporal de la conducta; la habilidad para participar de manera interactiva con otras personas; la autoconciencia personal y la conciencia ética. Estas funciones son responsables, directa o indirectamente, de todas las funciones que realiza el lóbulo frontal, puesto que supervisan y coordinan las actividades relacionadas con la inteligencia, la atención, la memoria, el lenguaje, la flexibilidad mental, el control motor y la regulación de la conducta emocional, entre otras.

Para Capilla, Romero, Maestu, Campo, Fernández, González-Marques, Fernández y Ortiz (2004), las funciones ejecutivas son una serie de procesos cognitivos que se consideran “ejecutivos”, tales como la flexibilidad cognitiva, la elección de objetivos, la planificación, la monitorización, el uso de la retroalimentación, la resolución de problemas, la formulación de conceptos abstractos, el autocontrol y la autoconciencia, la memoria de trabajo, la inhibición de conductas, entre otras funciones. De hecho, según lo plantean ellos, el concepto de funciones ejecutivas se ha convertido en un “paraguas conceptual”, puesto que en él se han incluido todas aquellas funciones que se consideran de orden “superior”, lo que produce una falta de especificación, que a su vez hace que se pierda la operatividad.

Por lo que respecta al desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y la adolescencia, se puede decir que éste tiene una estrecha relación con el desarrollo y maduración del lóbulo frontal, así como de sus conexiones con otras estructuras corticales y subcorticales. Los principales procesos de maduración del cerebro son la mielinización y la eliminación sináptica selectiva (o poda sináptica), que actúan sobre el cerebro del niño. Las funciones ejecutivas empiezan a desarrollarse a partir de los seis años de edad. Sin embargo, se han visto algunos inicios de las funciones ejecutivas desde el primer año de edad (desde los 12 meses) y también se han encontrado

avances entre los tres y los cinco años, lo que ha desechado la idea que el desarrollo del lóbulo frontal es “funcionalmente silente” hasta la adolescencia (Capilla et al., 2004).

También se ha encontrado que el desarrollo de las funciones ejecutivas no depende únicamente de la maduración de la corteza prefrontal, sino también de la madurez e integridad de otras estructuras cerebrales, tanto corticales, como subcorticales y de la eficiente interacción entre estas y la corteza prefrontal (Capilla et al., 2004).

Como se ha dicho hace un momento, la mielinización (proceso que permite que haya una mayor rapidez en la conducción eléctrica de la información entre las neuronas) y la poda sináptica son los dos procesos que se consideran los máximos responsables del proceso de maduración cerebral. Los procesos madurativos no actúan simultáneamente en todas las regiones cerebrales, sino que siguen un modelo jerárquico en el que maduran más rápido las áreas de proyección, que las áreas asociativas. El desarrollo de las funciones ejecutivas en los niños, depende de la maduración de regiones cerebrales específicas y de la maduración de las conexiones entre ellas. Las últimas áreas que se mielinizan, son la sustancia blanca de los lóbulos frontal, parietal y occipital, que se puede observar entre los 8 y los 12 meses de edad. Durante el desarrollo, se ha encontrado en la sustancia blanca un aumento en su volumen y un aumento en la mielinización. En el lóbulo frontal, la cantidad de sustancia blanca aumenta linealmente, de los cuatro a los trece años. Por otro lado, la mielinización es un proceso que contribuye a mejorar la funcionalidad del cerebro, por el aumento de la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos (como ya se había dicho). Esta mielinización desempeña un papel fundamental en el desarrollo de las funciones ejecutivas del niño (Capilla et al., 2004).

Por lo que respecta al proceso de la poda sináptica (pruning), este es el proceso en el que se elimina las conexiones sinápticas que no cumplen alguna función (las sinapsis que son menos relevantes), de forma que las sinapsis que se repiten se mantendrán, mientras que las que no se repiten, se eliminarán. El proceso de poda sináptica se da especialmente, de los cinco a los dieciséis años, lo que produce que haya una disminución de la densidad sináptica, la cual se relaciona con los cambios en la sustancia gris observada durante la infancia y la adolescencia (Capilla et al., 2004).

Según Giedd et al., (citados por Capilla et al., 2004), el volumen de la sustancia gris del lóbulo frontal, aumenta hasta la adolescencia, etapa en la que alcanza su máximo desarrollo y a partir de ese momento, disminuye. Por su parte, Sowell et al., (citados por Capilla et al., 2004) han observado una reducción en la densidad de la sustancia gris, tanto de la corteza parietal posterior, como en algunas regiones frontales, durante la infancia y la adolescencia; durante la post-adolescencia, se observa una estabilización de estos cambios en la corteza parietal, mientras que en el giro frontal superior hay una continua disminución de la sustancia gris.

Como se dijo anteriormente, en un inicio se pensaba que en la infancia el lóbulo frontal era “funcionalmente silente”; sin embargo en la actualidad, hay estudios que demostraron la existencia de un funcionamiento frontal en la infancia temprana del desarrollo; estos estudios fueron realizados por Chungani y Phelps (1986, 1987; citados por Capilla et al., 2004) mediante la tomografía de emisión de positrones o PET. Ellos observaron que a los 6 meses de edad, había un incremento de la tasa metabólica cerebral local de glucosa en la corteza prefrontal lateral y a los 8 meses, en la corteza prefrontal medial. A los 12 meses, se observó el patrón metabólico era parecido al que tiene un adulto.

En cuanto a la emergencia y desarrollo de las funciones ejecutivas, se puede decir que la mayoría de estudios señalan que las funciones ejecutivas emergen a partir de los seis años de edad, que es cuando aparece la capacidad de llevar a cabo un comportamiento estratégico y planificado, habilidad que hasta los doce años aún no se ha completado su desarrollo (Becker, Isaac y Hynd, 1987; Passler, Isaac y Hynd, 1985; citados por Capilla et al., 2004). La inhibición mejora gradualmente durante la infancia media (entre los seis y los diez años), alcanzando su dominio a los doce años (Passler, Isaac y Hynd, 1985; Levin, Culhane, Evankovich y Matson, 1991; citados por Capilla et al., 2004). Según Welsh et al. (citados por Capilla et al., 2004), habría tres estadios en el desarrollo de las funciones ejecutivas: a los seis años, a los diez años y de los doce años en adelante (adolescencia), momento en el que se observa una maduración de distintitas funciones ejecutivas.

Por otro lado, para Lezak; Stuss y Benson (citados por Gabowitz, Zucker y Cook, 2007) las funciones ejecutivas tienen cuatro componentes que son: la actividad volitiva,

la planificación, la organización y llevar a cabo una acción con un propósito, la autorregulación (entre este último componente están las funciones de monitoreo, inhibición y autocorrección). Es importante tener en cuenta las funciones ejecutivas en la evaluación del ASI, ya que los problemas en estas funciones pueden incluir la impulsividad, la agresividad, la desorganización, un juicio pobre, un comportamiento inestable, la desmotivación, entre otras funciones, aspectos que influirían en la evaluación del ASI (Gabowitz, Zucker y Cook, 2007).

Respecto a los problemas de comportamiento que muestran los niños con alteración de las funciones ejecutivas y que son producto del abuso sexual infantil, se pueden encontrar la labilidad emocional, la tendencia a la irritabilidad y excitabilidad, la impulsividad, la indiferencia, una dificultad en cambiar la atención y otras alteraciones (García, Graña y Fernández, S.F.).

En una investigación realizada por Mezzacappa, Kindlon y Earls (2001), se estudió la relación entre el abuso sexual infantil y el desempeño en tareas que evalúan las funciones ejecutivas, en 126 niños con edades entre los seis y los dieciséis años, que asistían a escuelas públicas y a escuelas de terapia (para niños con problemas emocionales y de comportamiento). Los niños fueron clasificados basándose en la presencia o ausencia de antecedentes de abuso sexual justificado. Con base en los antecedentes de abuso y de acuerdo a las escuelas a las que asistían, los niños fueron clasificados como: niños “abusados y en terapia” (Therapeutic Abused, N= 25), niños “no abusados-en terapia” (Therapeutic Nonabused, N= 52) y niños que asisten a “escuelas públicas” (Public School, N= 48). Durante el estudio se controló el CI y el estado de la medicación. Se compararon los niños de los tres grupos de acuerdo a las calificaciones de la conducta realizada por los profesores, de acuerdo a las observaciones de la conducta frente al experimentador durante la prueba, de acuerdo al rendimiento en diferentes tareas (como ser capaz de inhibir un acto en el progreso) y de acuerdo a la capacidad para evitar respuestas asociadas con consecuencias adversas. Estos investigadores examinaron las diferencias significativas de los grupos, las diferencias de los síntomas, de sus comportamientos y de su desempeño en las diferentes tareas, así como también las diferencias dependientes de la edad en estas dimensiones. Se encontró que los niños con antecedentes de abuso sexual justificado, mostraron una

disminución en la capacidad de evitar respuestas asociadas con consecuencias adversas, comparados con los niños que asisten a escuelas públicas y en comparación con los niños que asisten a escuelas terapéuticas, que no tienen antecedentes de abuso. Sus hallazgos complementan las investigaciones sobre las observaciones del comportamiento de niños abusados y las investigaciones asociadas al abuso infantil que tienen alteraciones en el desarrollo cognitivo y en otras áreas. Estos investigadores sugieren que el abuso sexual infantil puede influir negativamente en el desarrollo esperado de algunas funciones ejecutivas. Lo que se puede concluir de este estudio es que si existe una relación entre el abuso sexual infantil y algunas alteraciones en las funciones ejecutivas, aunque sería necesario seguir investigando esta relación.

En otro estudio realizado por Barrera (2007) en la ciudad de Medellín, se compararon dos muestras de niños; una muestra estaba constituida por niños que fueron expuestos a experiencias traumáticas derivadas de situaciones de abuso sexual (N=39), comparados con un grupo control de niños que no han sido expuestos a este tipo de situaciones traumáticas (N= 38). En la evaluación se aplicó una batería de pruebas neuropsicológicas para evaluar la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, con el objetivo de identificar si existen diferencias estadísticamente significativas que permitan inferir la presencia de alteraciones a nivel cognitivo, en los niños con antecedentes de abuso sexual. También se evaluó la presencia de TEPT, mediante un formato de entrevista semiestructurada (M.I.N.I.), para identificar la presencia de sintomatología psicopatológica. En resumen, en el estudio se encontró que había diferencias significativas en la memoria a corto plazo en los niños con antecedentes de abuso, así como también se observó una dificultad para comprender instrucciones y alteraciones para inhibir respuestas automáticas. En el estudio se encontró además que en general, había un rendimiento inferior en el grupo de niños con antecedentes de abuso sexual, por lo que Barrera recomienda realizar estudios con muestras más amplias, para identificar los efectos cognitivos que pueden derivarse de experiencias tan traumáticas como el abuso sexual infantil.

Profundizando un poco más en los resultados del estudio realizado por Barrera (2007), se encontró que al comparar el rendimiento global de los niños del grupo experimental, respecto al grupo control de niños que no han experimentado abuso

sexual, los primeros mostraron un rendimiento cognitivo menor, con mayores tiempos de respuesta, con un mayor número de errores en las pruebas y con una menor comprensión de las tareas que debían realizar. Respecto a la función de la atención, no se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico, en las pruebas que miden específicamente este proceso. Por lo que respecta a las funciones ejecutivas, los niños con antecedentes de abuso sexual mostraron dificultades en éstas, cuando se relacionan con la comprensión de instrucciones y con la capacidad de inhibir respuestas automáticas, lo que sugiere que hay dificultades para llevar a cabo tareas, para planear y para organizar información, según Barrera. En el desempeño cognitivo general de estos niños se evidenciaron alteraciones, a comparación con el desempeño cognitivo general de los niños del grupo control. Las tareas ejecutivas ofrecen respuestas competitivas, entre diferentes alternativas y el éxito en las mismas depende tanto de la inhibición de las respuestas (como en la prueba del Stroop), como de los procesos de la memoria de trabajo, necesarios para emitir una respuesta correcta. En cuanto a la función de la memoria, el resultado que se encontró en el estudio es que había fallas en la memoria a corto plazo y en la memoria de trabajo (ésta última considerada como una de las funciones ejecutivas), en los niños que habían sido expuestos a situaciones de abuso sexual; sin embargo, este resultado es contradictorio respecto a otras investigaciones que afirman que no hay diferencias significativas en este proceso, mientras que otros estudios (dentro de los cuales se encuentra éste), dicen que si la hay. En general, las investigaciones que estudian estas diferencias en grupos de pacientes con TEPT (comparados con los que no lo tienen), han encontrado que si se presentan problemas en los procesos de atención, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas, pero es necesario decir que ésta tampoco es una regla general. El estudio de Barrera muestra básicamente diferencias significativas en las funciones ejecutivas y en la memoria, pero no en el proceso de atención.

Por último, es importante mencionar la conclusión que hace Barrera (2007) en su estudio. Éste afirma que es importante que en futuros estudios sobre este tema, se tenga en cuenta la gravedad del trauma, el tiempo de exposición a la situación de abuso y el tiempo que pasa entre el abuso sexual y la evaluación de las funciones, ya que ayudará a determinar si los efectos del abuso se dan a corto, mediano o largo plazo



y dice que también se deben realizar estudios de seguimiento a éstos pacientes, para evaluar qué cambios tienen en el tiempo y qué funciones pueden ser susceptibles de ser rehabilitadas con una mayor facilidad. Afirma que además, se deben realizar más estudios con población infantil en Colombia, siguiendo los mismos parámetros, para poder verificar la presencia o no de déficits en las funciones cognitivas superiores y contrastar dicha información, con los efectos sobre los procesos de aprendizaje escolar.

Como se pudo observar en este capítulo, lo que se trató de hacer fue mostrar los aportes que se pueden hacer desde la neuropsicología al campo de la psicología forense (respecto a los casos de abuso sexual infantil, así como también de su evaluación) y durante el capítulo, se buscó dar a conocer que con el abuso sexual infantil, además de haber efectos o consecuencias psicológicas, también se presentan grandes alteraciones a nivel neuropsicológico; por esta razón, se recomendaría realizar un tratamiento neuropsicológico (o una rehabilitación de las diferentes funciones neuropsicológicas que se puedan ver afectadas), a parte del tratamiento psicológico.

## Capítulo V: Propuesta de criterios neuropsicológicos para la evaluación del ASI

En este capítulo, se integran los contenidos desarrollados en los capítulos anteriores, con el propósito de construir a partir de ello, una propuesta de criterios que se deberían tener en cuenta en la evaluación del ASI, desde los aportes que se pueden hacer de la neuropsicología, haciendo de esta forma a su vez, un aporte para el campo de la neuropsicología forense. Debe aclararse que los criterios mencionados más adelante, no van a ser estrictamente neuropsicológicos, sino que también contendrán algunos elementos de la psicología forense (como la sugestionabilidad, la distinción entre fantasía-realidad y el desarrollo de los conceptos de verdad-mentira).

Debe aclararse que lo que se presentará a lo largo de este capítulo no es un protocolo para la evaluación del abuso sexual infantil, sino los criterios que se deben tener en cuenta para que precisamente sea construido un protocolo que evalúe el ASI, para que de esta forma se mejore o se optimice dicha evaluación y se minimice la sugestionabilidad por parte del entrevistador.

Los criterios neuropsicológicos que se van a mencionar se basan en los procesos de memoria, atención, lenguaje, desarrollo cognitivo y las funciones ejecutivas. Sin embargo, al final del capítulo se harán unos criterios que tengan en cuenta también la sugestionabilidad (para evitarla), la distinción entre fantasía y realidad, así como el desarrollo de los conceptos de verdad y mentira, aspectos fundamentales a la hora de hacer la evaluación del ASI.

Los criterios sobre la memoria que se deben tener en cuenta son que:

1. La evaluación del ASI requiere que el entrevistador tenga conocimientos acerca de la naturaleza y el desarrollo de la memoria durante la infancia y la adolescencia.
2. La memoria (sea traumática o no) que se presenta antes de los 20-30 meses de edad, se almacena seguramente como una memoria implícita, a la que no se puede acceder de una forma narrativa.

3. Cuando existe un evento que genera estrés intenso, éste se vuelve ya en estrés traumático, lo que puede desbordar al niño totalmente, de forma que no se puede procesar la información narrativamente y puede producir una disociación de la memoria.
4. La disociación tiene como consecuencia que haya recuerdos o memorias de poca fiabilidad y que los niños son especialmente vulnerables a la distorsión en este tipo de memorias (sugestionabilidad).
5. Un desarrollo cognitivo inadecuado o un escaso apoyo social, pueden interferir en la integración de la información y provocar un “procesamiento crónico del trauma”, que originaría sesgos de la memoria.
6. Al hablarse de memoria traumática, es necesario hablar de su procesamiento, puesto que éste está relacionado con la evaluación del ASI, dónde se debe observar el grado de exactitud o de sugestionabilidad que se presenta en la memoria de los niños.
7. Los niños tienen una forma específica de procesar la información de un evento traumático (memoria traumática); centran su atención en momentos de alto estrés, que posibilita un mejor procesamiento de la información central del hecho traumático, (excepto de los detalles periféricos menos centrales al trauma).
8. La base de conocimientos de los niños y su preparación para la comprensión de su experiencia traumática, determinarán la información que consideren importante durante la codificación y a la que podrán acceder durante los procesos de recuperación.
9. Si no se repite o reactiva la información (por la falta de apoyo de un adulto o por el deseo de olvidar), ésta puede seguir el mismo patrón de olvido que los detalles periféricos.

10. El incremento del estrés durante el trauma puede generar una concentración de la atención en los detalles básicos del hecho, a expensas de los detalles periféricos, lo que daría lugar a un mejor procesamiento.
11. La concentración de la atención en momentos de alto estrés continuaría hasta que en un momento, se haría especialmente intensa sobre el elemento más central y amenazante del trauma.
12. Como la atención se centra cada vez más en los detalles principales del trauma, el niño no presta atención a los detalles periféricos lo suficiente como para codificarlos en su memoria, por lo que no los retiene en absoluto o los codifica débilmente y desaparecen con rapidez.
13. Los niños a veces centran su atención en detalles de los sucesos traumáticos que a ellos les parecen importantes por motivos que los adultos desconocen, por lo que pedir que den información sobre recuerdos que les resultan inaccesibles o que nunca han almacenado podría llevar a los niños a crear fantasías o información falsa, para satisfacer las constantes peticiones del entrevistador para que dé más información.
14. El aumento de la tensión y del terror, pueden producir una centración interna de la atención (preocupación por la propia seguridad, sensaciones corporales o sentimientos), haciendo que el niño no atienda adecuadamente a los detalles del hecho y no los codifique o almacene.
15. La falta de integración de la memoria traumática conlleva al desarrollo de síntomas del TEPT y/o de disociación, que pueden inhibir el procesamiento de la información y las habilidades generales de la memoria.
16. La memoria de un suceso activado emocionalmente se ve fortalecida por la repetida recuperación y repetición de la experiencia.

17. Se debe indagar si existen momentos posteriores al trauma en los que los niños podrían ser especialmente sugestionables a la introducción de información falsa.
18. Los niños que carecen del apoyo de los adultos en el momento del trauma, son más vulnerables y posiblemente se ven desbordados por la situación, lo que perjudicaría su capacidad para procesar correctamente la información relacionada con el trauma, por lo que se sugeriría indagar sobre este aspecto durante la evaluación, puesto que influye en el resultado que se pueda obtener.
19. La disponibilidad de una figura de apoyo repercute en una mejora de la memoria y en una menor sugestionabilidad, que da la posibilidad de elaborar una narrativa coherente y exacta del suceso, de mantener y ensayar la memoria, así como de amortiguar los efectos emocionales negativos del trauma, facilitando el procesamiento óptimo de la información.
20. Los niños con un apego seguro respecto a sus padres, presentan una mayor autoconfianza que los del apego inseguro; ésto se relaciona con la resistencia del niño a la sugestión, de manera que las diferencias entre las edades en la sugestionabilidad desaparecen, al controlar la autoconfianza.
21. Los niños que han sufrido de abuso y han sido clasificados como niños que tienen “más trastornos psicológicos”, presentan una menor resistencia a la información capciosa (aunque el rendimiento de la memoria se puede afectar de diferente forma, por las distintas formas de psicopatología).
22. El TEPT se caracteriza por una falta de integración de la información traumática en la memoria, aspecto importante a la hora de realizar una evaluación de ASI.
23. Los sucesos traumáticos aislados se pueden llegar a recordar muy bien y con gran detalle a partir de los tres años de edad.

24. Las experiencias traumáticas múltiples o crónicas, no se recuerdan muy bien y con frecuencia se disocian total o parcialmente.
25. En el ASI, el trastorno de la memoria más frecuente es la amnesia sobre el propio trauma (provocada por la disociación patológica), por lo que es importante tener presente que si el niño no puede responder a algunas preguntas, esto no significaría necesariamente que el niño no haya sido víctima de abuso o que esté mintiendo, sino que sufre precisamente de amnesia psicógena o sobre el trauma.
26. Se debe determinar si los problemas de memoria se deben a una amnesia o porque realmente no hubo ASI.
27. Para determinar si el niño al que se le está haciendo la evaluación tiene o no amnesia del trauma, se debe tener en cuenta que en los casos en los que si la hay, los niños tienen sentimientos crónicos de despersonalización y de desapego, lo que produce en su memoria un aspecto como de ensoñación (de esta forma, se hace difícil determinar si sus narraciones reflejan su experiencia real, la experiencia de otro o un sueño).
28. Cuando hay amnesia del trauma, hay una discontinuidad en la memoria de los niños y hay que tener especial cuidado en estos casos, porque estos niños son más propensos a la sugestionabilidad, para rellenar sus lagunas en su memoria autobiográfica (pseudomemorias)-, se ha encontrado una relación directa entre la disociación de la memoria y la sugestionabilidad en los niños.
29. La cantidad de información que recuerda un niño de tres años disminuye entre una y tres semanas después de haberse dado el hecho (mientras que durante el mismo periodo en un niño de seis años se mantiene), por lo que se recomienda hacer la evaluación del ASI en niños de tres años en ese lapso de tiempo, para poder conseguir más información y detalles.

30. Los niños de tres años suelen tener una memoria ya organizada (cuando se trata de sucesos comprensibles y que han sido directamente experimentados).
31. Los niños de entre tres y cinco años, pueden proporcionar información exacta sobre hechos concretos y nuevos de su vida, pero carecen de una base de conocimientos lo suficientemente amplia como para darle un sentido a los hechos o pueden no entender varias de sus experiencias.
32. Las limitaciones cognitivas en el número de unidades de información que un niño puede coordinar y tener en mente, son un factor restrictivo.
33. La forma cómo un niño define el abuso, determinará cómo se almacena, se organiza y se recuerda el mismo, en un momento posterior.
34. Los niños más pequeños presentan un menor control consciente de su memoria y a menudo necesitan ayuda de los adultos para narrar el suceso.
35. Alrededor de los cinco años de edad, los niños tienen ya una capacidad de memoria más consistente, pero la cantidad de información que puede retener, dependerá de factores relacionados con su experiencia.
36. Los niños no son conscientes de su verdadera capacidad para recordar, hasta que tienen entre ocho y nueve años de edad (metamemoria) y antes de esta edad, tienden a sobrestimar su capacidad mnémica, donde con frecuencia intentan recordar mucha más información de la que realmente pueden, repercutiendo en un menor rendimiento a la hora de aportar información realmente relevante.
37. Los niños pequeños tienen menos estrategias eficaces de ensayo, pero con la edad las van adquiriendo, lo que les permite mejorar su capacidad para recordar hechos e información.

38. El surgimiento de estrategias organizativas para dar significado y coherencia a la información, aparecen alrededor de los nueve o diez años, por lo que ya pueden desarrollar agrupamientos parciales.
39. Lo que una persona recuerda, dependerá de la información que se ha procesado, así como también de cómo la ha procesado y en el caso de los niños, con la edad van presentando unos niveles más profundos de procesamiento que mejoran el recuerdo.
40. Es necesario especificar las capacidades de la memoria, ya que esas capacidades se ven afectadas de diferente forma, por factores como la edad, el estrés o el tiempo transcurrido entre el abuso y la evaluación.
41. Los niños pequeños parecen ser más susceptibles de ser sugestionados, a comparación de los niños mayores, problema que se va acrecentando de acuerdo al aumento del tiempo transcurrido entre el hecho experimentado y su evaluación.
42. El acceso a algunas partes de la memoria puede resultar más difícil cuando ha transcurrido un tiempo considerable y la memoria, como un proceso reconstructivo, se puede ver influido por la forma de preguntar durante la entrevista.
43. Un método para determinar la calidad de la memoria del niño sobre una experiencia específica consiste en pedirle al niño que cuente todo lo relacionado al hecho sin hacerle ninguna pregunta en especial (recuerdo libre), que permite que este menos sesgada la información con este procedimiento.

Los criterios sobre la atención que se deben tener en cuenta son que:

1. Dentro de la atención es necesario evaluar la atención sostenida y la selectiva, ya que los niños con problemas de atención, pueden sufrir de distractibilidad o una dificultad en la atención sostenida, aspecto fundamental al momento de hacer la evaluación del ASI.



2. Los niños más pequeños se distraen con mayor facilidad, presentando déficits en su atención sostenida y selectiva o puede ocurrir que su atención se centre en información irrelevante.
3. Si antes del abuso el niño sufre problemas de atención, seguramente no pudo atender sucesos o detalles considerados fundamentales y por eso mismo, no los memoriza, por lo que se hace importante hacer una evaluación del proceso de atención.
4. El fracaso en la atención posiblemente sea el origen de que los niños cometan errores en el momento de la evaluación.
5. En una situación de ASI real, la falta de atención puede afectar detalles importantes sobre el abuso (como por ejemplo, el hecho de que el pene del agresor estuviera erecto o no) y por esta misma falta de detalles, podrían surgir dudas sobre la veracidad del testimonio del niño.
6. Un motivo por el cual, los niños más pequeños tienen dificultades con la atención, es porque seguramente aún no está completado el desarrollo del córtex pre frontal; el desarrollo de esta región explicaría la mejora sustancial en la capacidad de mantener la atención y de concentrarse en las instrucciones que se dan, en niños de seis y siete años.
7. Se recomienda aplicar técnicas diferentes para mejorar la capacidad atencional y el rendimiento del niño durante la entrevista como diseñar un ambiente que reduzca las distracciones lo máximo posible (ayudando a su concentración de esta forma); diseñando los objetivos antes de la entrevista para ir al punto central y no cansar o distraer al niño y dada la relación entre la comprensión y la atención, se debe presentar y explicar el papel de la entrevista lo más claro posible, así como también sus reglas.

8. A pesar de las complicaciones que se pueda tener al entrevistar niños muy pequeños, es posible tener una adecuada entrevista, siempre y cuando se reduzca el nivel de estrés del niño y se consiga mantenerlo concentrado en la tarea.
9. La duración de la entrevista debe depender de la edad del niño al que se le esté realizando, ya que la capacidad de atención sostenida varía de acuerdo a la edad. A los dos años la atención sostenida dura aproximadamente 7 minutos; a los tres años es de 9 minutos aproximadamente; a los cinco años es de aproximadamente de 13 minutos y entre los seis y siete años, puede ser entre 45-60 minutos aproximadamente (es fundamental este criterio, ya que si se expone al niño más de una cierta cantidad de tiempo, se puede agotar y sesgarse la información).

Los criterios sobre el lenguaje que se deben tener en cuenta:

1. El lenguaje del niño, ya que es importante utilizar los mismos términos que utiliza.
2. El estadio del desarrollo en el niño, porque éste determinará el desarrollo del lenguaje del mismo.
3. Las limitaciones evolutivas en el lenguaje del niño evaluado.
4. Determinar si hay una comprensión por parte del niño, de lo que se le está diciendo o preguntando (más cuando el niño es pequeño), porque puede no entender lo que se le dice o se le pregunta, de manera que se sesga la información proporcionada por el niño.
5. Que cuando a un niño se le pregunta por un hecho, puede responder aunque no entienda la pregunta o puede responder a la parte de la pregunta que haya entendido (el principio o el final de la misma), por eso es importante evitar preguntas que los niños no sean capaces de entender o responder.

6. Tratar de no interpretar de manera incorrecta las respuestas del niño por parte del entrevistador, ya que ésto es posible cuanto más pobre sea el lenguaje del niño.
7. Que el vocabulario de los niños pequeños es más limitado, menos descriptivo, más breve (lo que ocurre porque ellos no se basan en experiencias pasadas, con las que se puedan establecer asociaciones que enriquezcan sus explicaciones descriptivas con analogías o metáforas) y su lenguaje carece de adjetivos y adverbios.
8. Que la falta de asociaciones que enriquecen sus explicaciones descriptivas, fomenta las disgresiones cuando los niños narran un incidente.
9. Que el entrevistador debe ser consciente de la tendencia a realizar esas disgresiones por parte de los niños y estar atento para redirigir su atención, sin influenciar en ellos.
10. Que los niños interpretan algunas palabras u oraciones de forma personal, así que algunas de estas palabras pueden no compartir el significado que los adultos le atribuyen o pueden confundirlas con otras palabras que conocen y que tienen un sonido parecido.
11. Que el entrevistador debe usar términos concretos, en vez de genéricos y hacer preguntas al niño, para asegurarse de que ambos están atribuyendo el mismo significado al término.
12. Se debe tener especial cuidado de no enseñarle al niño palabras relacionadas al abuso sexual y procurar usar las mismas palabras para describir los objetos, las partes del cuerpo y las acciones, en todo momento.
13. Que los niños tienden a responder negativamente cuando la pregunta tiene los términos “algo”, “alguno” o “alguien” o no saben usar adecuadamente los términos

temporales de “antes” y “después” o lo hacen sólo cuando describen acontecimientos habituales de su vida.

14. Que la capacidad para responder a preguntas con contenido espacial, requiere de unas determinadas habilidades cognitivas. Los niños pueden malinterpretar palabras importantes y de uso frecuente por no saber utilizarlas, por carecer del desarrollo cognitivo necesario o por aparecer en una complicada construcción gramatical para ellos.
15. Que hasta los seis años los niños creen que los “tocamientos” implican siempre las manos, como cuando están describiendo una penetración y decir que “nadie los ha tocado”.
16. Que algunos niños a los siete años tienen problemas para entender el término “mover” (cuando se hace referencia al pene), por lo que es recomendable utilizar términos “poner”, “menear” o “jugar”.
17. Que los niños más pequeños confunden muchas veces las palabras “entre” y “dentro”, de manera que es necesaria la formulación de preguntas aclaratorias al respecto.
18. Que las preguntas que tratan de establecer el momento y el lugar del hecho con precisión, requieren de habilidades que se desarrollan, durante los años de la primaria. En este sentido es importante no forzar a los niños más pequeños a responder preguntas que necesitan de unas habilidades que aún no han desarrollado
19. Que los niños primero aprenden los tiempos verbales y solo después, comienzan a usar términos temporales “hoy”, “mañana” y “ayer”.
20. Que a los cinco años empiezan a comprender los términos de “ayer” y “mañana”, “siempre”, “nunca” y “algunas veces” e inclusive en ocasiones a los cinco años aún

confunden los términos de “antes” y “después”, así como les resulta más fácil aprender el término de “a la vez” y se les dificulta más el de “mientras”.

21. Que antes de los seis años el niño no entiende la palabra “más”, por lo que se recomienda la formulación de preguntas de selección múltiple, para determinar la frecuencia.
22. Que las palabras “eso/ésto”, “aquí/allí”, “venir/ir”, “traer/llevar”, aparece en el lenguaje espontáneo del niño desde los dos años, pero como son términos cuyo significado cambia en función del que habla y escucha, solo los entienden hasta los siete años.
23. Que la capacidad para responder sobre la hora o el día en que sucedió el hecho, surge hasta los siete u ocho años y la comprensión de las fechas o del momento es muy limitada, hasta los ocho o diez años.
24. Que a los ocho o nueve años empiezan a darle significado correcto al término “recordar” (antes piensan que para recordar, es necesario haber olvidado primero), de manera que se debe evitar hacer preguntas que inicien con la palabra “¿Recuerdas...?”.
25. Que es necesario evitar confundir al niño con el uso de sobrenombres o utilizando palabras que designan el parentesco (los niños no entienden totalmente los términos del parentesco hasta los diez años).
26. Que muchos niños menores de siete años, no saben lo que es un abogado y casi un tercio de los niños de doce años aún no entienden el significado de la palabra jurado (aunque en el contexto colombiano no se usa el jurado en los juicios).
27. El desarrollo sintáctico del lenguaje en los niños, ya que pueden tener un buen vocabulario y acorde a su edad, pero puede que aún no hayan alcanzado un buen desarrollo sintáctico.

28. Que la secuencia de sujeto-verbo-predicado es la más común en todos los niños cuando comienza el desarrollo del lenguaje; el niño procesa mejor las preguntas que tienen esta estructura gramatical.
29. Que la voz pasiva (o tiempo verbal pasivo) no se domina, sino entre los diez y los trece años, así que es mejor usar siempre la voz activa (o tiempo verbal activo).
30. Que cuando se introduce información aclaratoria usando preguntas o frases complejas, se debe poner primero la oración principal y mantener al principio juntos el sujeto y el verbo principales, ya que es más difícil entender las frases con varias preguntas simultáneas, así como también preguntas cortas que contienen más de un concepto.
31. Que las preguntas que tienen una negación o una doble negación y las que implican la conformidad del niño de forma negativa o positiva, son de mayor complejidad lingüística y se deben evitar porque son muy sugestivas.
32. Que la habilidad para entender los pronombres no se desarrolla plenamente hasta que los niños tienen diez años y es especialmente difícil para los niños preescolares entender su uso. Los pronombres (o palabras que asumen el significado de otras anteriores) son difíciles de entender para los niños, porque requieren de un control de lo manifestado anteriormente.
33. Se debe utilizar un lenguaje redundante y repetir la información importante por parte del entrevistador, en vez de usar pronombres.
34. Que los niños desarrollan antes la capacidad para responder preguntas sobre “qué”, “quién” o “dónde”, que a preguntas relativas como “cuándo”, “cómo” y “por qué”.
35. Que entre los siete y los diez años, los niños comienzan a ser capaces de describir bien.

36. Que las motivaciones y la habilidad para describir los motivos de los demás en los niños, no surgen sino entre los diez y los trece años.
37. Que cuando se les pregunta “por qué” han hecho o han dejado de hacer algo, éstos lo entienden como un reproche.
38. Que a partir de los ocho años, los niños comienzan a indicar los cambios de tema en las conversaciones, por lo que el entrevistador puede no darse cuenta de un cambio de este tipo cuando está entrevistando a un niño pequeño, de forma que siempre se les debe pedir una aclaración cuando se piense que los niños se ha desviado del tema.
39. Que aunque se deben evitar las preguntas sugestivas, a veces los niños pequeños necesitan ayudas y preguntas de indicio por parte del entrevistador, para intentar estructurar sus recuerdos.
40. Que para disminuir el riesgo de confusión en los niños, se debe procurar que ellos utilicen sus propias palabras, mientras explican lo que han visto o experimentado y cuando no están claros algunos aspectos de la explicación, se debe pedirle al niño que lo explique “de otra forma”.
41. Que la complejidad del lenguaje usado para preguntar, influye en la consistencia de la declaración, por lo que los niños pequeños no dominan algunos tipos de construcciones gramaticales que se usan con frecuencia en las audiencias o en las evaluaciones (cuando se les hacen preguntas utilizando términos legales, el porcentaje de errores aumenta notablemente).
42. Que el estilo lingüístico del entrevistador influye en la competencia comunicativa de los niños como testigos y puede pasar que un niño le conteste al entrevistador y no estar respondiendo a su pregunta.

43. Que los niños pequeños no detectan cuándo un mensaje es ambiguo (o tiene doble sentido); inclusive, cuando tienen conciencia de su ambigüedad, no suelen manifestarlo al entrevistador.
44. Que es a partir de los seis años que comienzan a desarrollar las habilidades básicas de dialogo (como pedir aclaración cuando no han entendido algo o cuando ellos dicen algo, expresarlo de otra forma cuando piensan que el adulto no los ha entendido).
45. Que la calidad de la declaración de un niño, depende de la capacidad que tenga el entrevistador para hacer la entrevista, haciéndole preguntas en un lenguaje que entienda y también dependerá de la capacidad del niño para detectar y hacer frente a preguntas que no entienda.

Los criterios sobre el desarrollo cognitivo que se deben tener en cuenta son:

1. El entrevistador debe ser capaz de comprender las capacidades y limitaciones del niño, para poder obtener una descripción detallada del suceso que se investiga.
2. El entrevistador debe conocer la capacidad del niño para dar su testimonio, en función de su nivel evolutivo, de la información que se le pide, de las técnicas de entrevista y de que se haya sido expuesto o no a información errónea, fuera del contexto formal de la entrevista.
3. Determinar en qué etapa del desarrollo cognitivo se encuentra el niño al que se le está haciendo la evaluación y adecuar ésta, de acuerdo a su estadio cognitivo.
4. Que si el niño se encuentra en el estadio preoperacional, no puede establecer relaciones causales lógicas, sino que éstas son más bien intuitivas.



5. Que en el estadio preoperacional los niños no tienen un pensamiento reversible y no tienen nociones de transformación, conservación, etc.
6. Que si el niño se encuentra en el estadio de las operaciones concretas, se deben usar términos o palabras concretas (palabras literales), porque aún no son capaces de entender conceptos abstractos (o poder establecer clases o categoría).
7. Que en el estado de las operaciones formales se puede recurrir ya a conceptos abstractos.
8. Que no se puede hacer el mismo tipo de evaluación a un niño con discapacidad, que a un niño normal.
9. Que la evaluación del ASI en niños con discapacidad tiene que hacerse de acuerdo a la discapacidad que tiene el niño (no es lo mismo si el niño tiene retraso mental, si tiene autismo, si es ciego, sordo o mudo, entre otro tipo de discapacidades).
10. Se recomienda determinar, en caso de que haya retraso mental, el grado o nivel del retraso (si es leve, moderado, severo o profundo), ya que de eso dependerá también la evaluación.
11. Que el testimonio infantil dado por niños con retraso mental puede llegar a ser tan preciso y fiable, como el testimonio de un niño normal o un adulto, siempre y cuando se utilicen las técnicas correctas de entrevista, como las de exposición libre y de preguntas generales.
12. Que no se trata de pensar que los niños más pequeños serán menos precisos en sus testimonios, debido a su menor edad y menor desarrollo cognitivo, sino que se debe introducir entrevistadores más hábiles, para que estos niños puedan conseguir un mejor rendimiento y un mejor recuerdo de los hechos (que sean más precisos y que den más detalles).

13. Que no es bueno centrarse exclusivamente en la edad de los niños, sino más bien en las tareas que favorecen su testimonio y controlar la sugestionabilidad, que es un factor esencial para conseguir un adecuado recuerdo infantil.
14. Que el contexto de la entrevista y las tareas exigidas a los niños son elementos condicionantes para la habilidad de los niños al momento de testificar y son aspectos que se pueden controlar, por parte del entrevistador.
15. Que los factores sociales (como el nivel educativo, donde el niño puede estar o no alfabetizado; el nivel socioeconómico, el contexto, entre otros factores) y emocionales, modulan el desarrollo cognitivo respecto a las diferencias del testimonio expresado por una persona (sea un niño o un adulto).
16. Que la discusión y el apoyo social incrementan el nivel del recuerdo, así como disminuye el nivel de errores de los niños.

Los criterios sobre las funciones ejecutivas que se deben tener en cuenta son que:

1. Las funciones ejecutivas se desarrollan principalmente a partir de los seis años, edad en la que aparece la capacidad para llevar a cabo un comportamiento estratégico y planificado, el cual se completa hasta los doce años. Es por esta razón que no se debe pedir habilidades que los niños aún no han adquirido.
2. El desarrollo de las funciones ejecutivas no depende solo de la maduración de la corteza prefrontal, sino también de la madurez e integridad de otras estructuras cerebrales.
3. El desarrollo de las funciones ejecutivas alcanzan su máxima maduración en la adolescencia.

4. La inhibición es una habilidad que mejora gradualmente durante la infancia media (entre los seis y los diez años), alcanzando su dominio a los doce años.
5. Hay tres estadios en el desarrollo de las funciones ejecutivas: a los seis años, a los diez años y de los doce años en adelante (adolescencia), que es cuando se observa una maduración de las distintas funciones ejecutivas.
6. Las funciones ejecutivas en la evaluación del ASI, son importantes puesto que los problemas en estas funciones pueden incluir la impulsividad, la agresividad, la desorganización, un juicio pobre, un comportamiento inestable, la desmotivación, entre otras alteraciones de las funciones ejecutivas, aspectos que influirían en la realización de la evaluación del ASI.
7. Las funciones ejecutivas son importantes, porque algunas de las alteraciones de estas funciones afectan el rendimiento en la evaluación como la afectación de la memoria de trabajo, la falta de inhibición, entre otras, encontradas en niños con antecedentes de abuso sexual.

Los criterios sobre la sugestionabilidad que se deben tener en cuenta son:

1. La forma de tomar el testimonio.
2. El lenguaje que se utiliza o los giros gramaticales empleados durante las entrevistas de interrogación.
3. Las instrucciones que se le den al niño.
4. La forma en la que se inicia la evaluación.
5. La atmósfera de la entrevista.

6. La manipulación de las frases con las que se pregunta al niño (o el efecto sugestivo que se le dé a las respuestas).
7. Que el tipo y forma del lenguaje puede influir en la declaración de los niños.
8. Que la influencia de la información verbal periférica en el relato de los niños (sugestionabilidad), se relaciona con la habilidad de producción verbal y el nivel de comprensión lingüística del niño.
9. Que en la sugestionabilidad intervienen factores personales (rasgo) y factores circunstanciales (estado).
10. Que hay dos tipos de interrogatorios: los de baja sugestionabilidad (o preguntas abiertas) y los de alta sugestionabilidad (o preguntas cerradas, como de si/no).
11. Que la sugestionabilidad tiene efecto un mayor efecto en niños preescolares, debido al efecto distorsionador de las preguntas sesgadas.
12. Que hay cuatro circunstancias en las que un menor puede ser más sensible a la sugestión: el bajo estrés del episodio sobre el cual se está declarando, su condición de observador de la acción, ser preguntado sobre detalles periféricos y hablar sobre hechos no relacionados con el suceso.
13. Que hay circunstancias que llevarían al menor a resistir la posible influencia sugestiva: que el episodio sea muy estresante, ser participante en la acción, ser interrogado sobre detalles centrales y hablar de lo sucedido.

Los criterios sobre la distinción entre fantasía y realidad en los niños que se deben tener en cuenta son:

1. Evaluar si el niño tiene monitorización de la realidad (capacidad de recordar si un suceso fue imaginado o no).
2. Evaluar la monitorización de la fuente (capacidad de identificar los orígenes de los recuerdos que se tienen, para aclararlos o validarlos). Esta monitorización puede ser el origen de los efectos de la sugestionabilidad (si el niño no puede recordar el origen de un recuerdo falso dado por el entrevistador, puede estar convencido de haberlo experimentado realmente).
3. Que las explicaciones por parte del niño no se hayan visto contaminadas al interactuar con otros niños o con adultos.
4. Que es más posible que los niños confundan los recuerdos cuando la discriminación entre las posibles fuentes es difícil, debido a su parecido o a la degradación de la memoria con el tiempo.
5. Que los preescolares tienen mayores problemas para determinar si han obtenido la información, basándose en su propia experiencia o si ha sido por otras fuentes.
6. Que si los niños se muestran convincentes durante el relato de un recuerdo falso durante una entrevista, es porque realmente están convencidos de la veracidad de sus falsas historias.
7. Que las dificultades que tienen los niños preescolares en la distinción entre lo real y lo imaginario, se debe a la inmadurez del lóbulo frontal (también relacionado con el desarrollo de la atención).

8. Que los errores durante el rendimiento del niño en la monitorización de la fuente, depende del tipo de preguntas que se le planteen. Es más probable que los niños introduzcan información de la fuente errónea, cuando el entrevistador realiza preguntas cerradas, en comparación de cuando son preguntas abiertas.
9. Que aunque los niños de tres y cuatro años tienen una escasa capacidad de monitorización de la fuente, esta habilidad se desarrolla durante los años de educación primaria.
10. Que aunque ya puede haber una capacidad de monitorización de la fuente en niños entre los tres y ocho años de edad, algunos niños mayores pueden informar sucesos que nunca les han ocurrido.
11. Que el hecho de pensar repetidamente en un hecho ficticio, conlleva a falsas creencias sobre su realidad y si además se les hacen preguntas tendenciosas a los niños, la visualización de este tipo de imágenes puede tener una gran influencia sobre la exactitud de sus recuerdos.

Los criterios sobre el desarrollo de los conceptos de verdad y mentira en los niños que se deben tener en cuenta son:

1. Comprobar en la medida de lo posible, si el menor entiende la diferencia entre los conceptos de verdad y mentira antes de hacer la entrevista, para comprobar su competencia al momento de hacerla.
2. Que los conceptos de verdad y mentira mejoran notablemente, alrededor de los cuatro años y continúa su desarrollo gradualmente durante los años siguientes.
3. Que las primeras mentiras que aparecen en los niños son las “pseudomentiras”, que son un tipo de actos que los niños realizan desde los dos años. Un tipo de pseudomentiras son las llamadas mentiras “provocadas”, que aparecen cuando los

niños se enfrentan a algo que les perturba (las pseudomentiras no conllevan necesariamente una intencionalidad de engaño, sino que son una evitación de la presión que supone el juicio social de algo mal hecho).

4. Distinguir las “mentiras fantásticas” (o relatos que el niño hace y que tienen para él valor de realidad, las cuales no conllevan intención de engaño), de las “mentiras engañosas” (que si tienen la intención de engañar).
5. Que las primeras mentiras de los niños se relacionan con la culpa, con la evitación y con la autoestima, las cuales tienen la función de preservar el yo. Esta función es muy potente en situaciones de abuso sexual o maltrato infantil, donde los secretos y las mentiras cobran un importante papel (no sólo a nivel psicológico, sino también a nivel jurídico).
6. Que alrededor de los tres o cuatro años, la mayoría de los niños definen los conceptos de verdad y mentira, en función de la realidad objetiva (la verdad corresponde con la realidad y la mentira no).
7. Que hacia los ocho o nueve años, los niños suelen tener en cuenta la intencionalidad de decir una mentira y comprenden que las equivocaciones honestas no son una mentira.
8. Que la capacidad para distinguir la verdad de la mentira, varía en función de dos factores, entre los que están la forma de hacer la pregunta y el tema seleccionado para la discusión.
9. Que niños pequeños, desde tres a cinco años, pueden diferenciar claramente entre un error y una mentira.
10. Que la intencionalidad de engañar en los niños comienza adquirirse alrededor del tercer año de primaria (aunque en algunos casos puede comenzar desde antes).

11. Que el desarrollo de la comprensión de los conceptos de verdad y mentira depende de varios factores, dentro de los que se encuentran la edad, la intención engañosa atribuida al hablante, la creencia del hablante en la actividad o falsedad de la emisión.



### *Referencias Bibliográficas*

- Adame, M. (2009). Abuso Sexual Infantil. Recuperado el 29 de septiembre de 2009 de la página <http://migueladame.blogspot.com/2009/08/cada-14-minutos-hay-un-abuso-sexual-en.html>
- Álvarez, C. (Sin Fecha). *Investigación en gestión humana en Colombia: una revisión documental*. Recuperado el 12 de febrero de 2009 de la página [http://www.umanizales.edu.co/programs/economia/publicaciones/13/Investiggestio\\_nhum.pdf](http://www.umanizales.edu.co/programs/economia/publicaciones/13/Investiggestio_nhum.pdf)
- Álvarez, V. (Sin Fecha). *Evaluación neuropsicológica en la depresión*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol1/articulos/articulo09.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4ª edition*. Texto revisado (DSM-IV-TR). APA: Washington D.C.
- Anzueto, E. (2008). *Resumen de la sexualidad infantil*. Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de la página <http://www.colegiomadridmex.org/preescolar/articulos/42/1/Resumen-sexualidad-infantil/Pagina1.html>
- Apuntes de Psicología. (2007). *Amnesia*. Recuperado el 2 de abril de 2009 la página <http://www.apuntesdepsicologia.com/psicologia/amnesia.php>
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. Manual Moderno: Bogotá.
- Bastidas, M., Posada, A. y Ramírez, H. (2005). *Crecimiento y desarrollo del lactante*. En: El niño Sano. Bogotá: Panamericana.
- Bastidas, M., Posada, A. y Ramírez, H. (2005). *Crecimiento y desarrollo del niño preescolar*. En: El niño Sano. Bogotá: Panamericana.
- Bastidas, M., Posada, A. y Ramírez, H. (2005). *Crecimiento y desarrollo del niño escolar*. En: El niño Sano. Bogotá: Panamericana.
- Bastidas, M., Posada, A. y Ramírez, H. (2005). *Crecimiento y desarrollo del adolescente*. En: El niño Sano. Bogotá: Panamericana.
- Barreda, P. (2007). *Abuso sexual y pedofilia*. Recuperado el 25 de mayo de 2009 de la página [http://www.pediatraldia.cl/abuso\\_sexual\\_pedofilia.htm](http://www.pediatraldia.cl/abuso_sexual_pedofilia.htm)

- Barrera, M. (2007). Descripción del perfil neuropsicológico de una muestra de niños víctimas de abuso sexual en Medellín. Recuperado el 24 de septiembre de 2009 de la página del V Cátedra Colombiana de Psicología de Mercedes Rodrigo [http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2010/v\\_catedra/sesion\\_6/perfil\\_neuropsicologico.pdf](http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2010/v_catedra/sesion_6/perfil_neuropsicologico.pdf)
- Bielsa, S., Molina, A., Rafael, M. y Tomàs, J. (Sin fecha). *Retraso mental en niños y adolescentes*. Recuperado el 3 de julio de 2009 de la página <http://www.familianova-schola.com/files/retraso-mental-infancia-adolescencia.pdf>
- Cantón, J. (2008). *El papel de las habilidades cognitivas en la declaración del niño*. En: Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Psicología Pirámide: Madrid.
- Capilla, A., Romero, D., Maestú, F., Campo P., Fernández, S., González-Marqués, J., Fernández, A. y Ortiz, T. (2004). *Emergencia y desarrollo cerebral de las funciones ejecutivas*. Recuperado el 24 de septiembre de 2009 de la página [http://www.arsxxi.com/pfw\\_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2004/06/111060403770386.pdf](http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2004/06/111060403770386.pdf)
- Cázares, L., Christen, M., Jaramillo, E., Villaseñor, L., y Zamudio, L. (1990). *Técnicas actuales de investigación documental*. México: Trillas.
- Código de la infancia y la adolescencia. (2007). Recuperado el 22 de mayo de 2009 de la página <http://www.unicef.org/colombia/pdf/codigo-infancia-com.pdf>
- Código de Procedimiento Penal Colombiano. (2004). Recuperado el 22 de mayo de 2009 de la página [http://www.elabedul.net/Documentos/ley\\_906\\_de\\_2004.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/ley_906_de_2004.pdf)
- Código Penal Colombiano. (2001). Título IV de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Recuperado el 22 de mayo de 2009 de la página <http://www.colombiaya.com/Documentos-legislatura/Codigo-Penal-Colombiano.pdf>
- Comité Internacional de Ginebra. (1989). *Convención sobre la Derechos del Niño*. Recuperado el 1º de abril de 2009 de la página <http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/html/5TDM6J>
- Constitución Política de Colombia. (1991). Recuperado el 22 de mayo de 2009 de la página [http://www.cna.gov.co/1741/articles-186370\\_constitucion\\_politica.pdf](http://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_constitucion_politica.pdf)

- Cueto, M. (2001). *Información básica de abusos sexuales a menores*. Recuperado el 26 de marzo de 2009 de la página [http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs\\_doc/124.pdf](http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/124.pdf)
- Davis, G. (2001). *California Medical Protocol for Examination of Sexual Assault and Child Sexual Abuse Victims* (Protocolo de San Diego). Recuperado el 6 de septiembre de 2009 de la página [http://www.oes.ca.gov/operational/oeshome.nsf/pdf/california%20medical%20protocol%20for%20examination%20of%20sexual%20assault%20&%20child%20sexual%20abuse%20victims,%20july%202001/\\$file/protocolbook.pdf](http://www.oes.ca.gov/operational/oeshome.nsf/pdf/california%20medical%20protocol%20for%20examination%20of%20sexual%20assault%20&%20child%20sexual%20abuse%20victims,%20july%202001/$file/protocolbook.pdf)
- Díaz, J. (Sin Fecha). Neurobiología de los trastornos de la conducta en la infancia y adolescencia. Recuperado el 28 de septiembre de 2009 de la página <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc10.pdf>
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Recuperado el 14 de marzo de 2009 de la página <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Escobar, A. (Sin Fecha). *Diferencias en la validación del testimonio, a partir de las técnicas de entrevista cognitiva (E.C.) y el análisis de contenido basado en criterios (C.B.C.A.), en niños de 10 años de edad, pertenecientes al colegio Miravalle, residentes en Bogotá, D.C.* Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de la página <http://psicologiajuridica.org/psi199.html>
- Escribano, E. y Villespín, V. (Sin Fecha). Recuperado el 29 de agosto de 2009 de la página <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi5/abusosex.pdf>
- Fernández, S. (1999). *La neuropsicología forense: consideraciones básicas y campos de aplicación*. Recuperado el 17 de junio de 2009 de la página <http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/03Fernandez.html>
- Figiacone, S. (2008). *Abordaje neuropsicológico en pacientes con trastornos de ansiedad*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página <http://www.uca.edu.ar/esp/sec-fpsicologia/esp/docs-institucional/congreso-2008/psp-2.pdf>
- Gabowitz, D., Zucker, M. y Cook A. (2007). *Neuropsychological assessment in clinical evaluation of children and adolescents with complex trauma*. Recuperado el 30 de

abril de 2009 de la página  
[http://www.traumacenter.org/products/pdf\\_files/NeuropsychAssess\\_Gabowitz\\_Zucker\\_Cook.pdf](http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/NeuropsychAssess_Gabowitz_Zucker_Cook.pdf)

Galagher, L. (2007). *Thesaurus of Psychological Index Term*. APA: Washinton D.C.

Gálvez, J. (2005). *Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsico-endocrinológicas*. Recuperado el 21 de junio de 2009 de la página  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a06.pdf>

García, E., Graña, J., Fernández, S. (Sin fecha). *Valoración Neuropsicológica en Psicología Forense: Neuropsicología Forense. Planteamientos generales*. Recuperado el 26 de junio de 2009 de la página  
<http://psicologiajuridica.org/psj158.html>

García, M.; Blázquez, M. S.; Morales, M. L. (2002). *Abuso sexual infantil. Credibilidad del testimonio*. Recuperado el 29 de agosto de 2009 de la página  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181495>

García-Pablos, A. (2001). *Criminología, una introducción a sus fundamentos teóricos*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso Sexual de Niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Güido, L. (2007). *Abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático y abordaje terapéutico*. Recuperado el 21 de junio de 2009 de la página  
[http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/ceameg/violencia/siv1/doctos/envim06.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/violencia/siv1/doctos/envim06.pdf)

Hernández, E. (Sin fecha). *El abuso sexual a los niños*. Recuperado el 21 de junio de 2009 de la página <http://www.contraelabusosexualdelainfancia.com/art3.htm>

Hernández, L. (2002). *Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. En: *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense. (2007). *Aumentan denuncias sobre abuso sexual infantil en Colombia*. Recuperado el 25 de mayo de 2009 de la página <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=508630>

Iruarrizaga, I. (1999). *El papel del profesional del neuropsicólogo en el ámbito forense*. En: *Anuario de Psicología Jurídica*, 1999. Págs. 133-143.

- Izzo, D. (2001). *La sexualidad Infantil*. Recuperado el 5 de septiembre de 2009 de la página <http://www.laondadigital.com/laonda/laonda/001-100/34/la%20sexualidad%20infantil.htm>
- Jarne, A. (2005). *Neuropsicología forense: una nueva especialidad*. Recuperado el 7 de mayo de 2009 de la página <http://www.ac5-online.com/neuropsicologia.htm>
- Jiménez, C. y Martín, C. (2006). *Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.)*. Recuperado el 29 de agosto de 2009 de la página <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/07.pdf>
- Jiménez, J. (2006). *Abuso Sexual*. Recuperado el 26 de marzo de 2009 de la página [http://medforense.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=55&Itemid=30\\_Jo](http://medforense.com/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=30_Jo)
- Jomed, A. (2008). *Abuso en la infancia*. Consultado el 10 de noviembre de 2008. Bajado de la página <http://visionpsicologica.blogspot.com/2008/07/el-abuso-sexual-comprende-un-amplio.html>
- Juárez, J. (2004). *La credibilidad del testimonio infantil ante supuestos de abuso sexual: Indicadores psicosociales*. Recuperado el 28 de agosto de 2009 de la página [http://www.tesisexarxa.net/TESIS\\_UdG/AVAILABLE/TDX-0916104-162602/tjrl.pdf](http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UdG/AVAILABLE/TDX-0916104-162602/tjrl.pdf)
- Juárez, J. (Sin fecha). *El testimonio del menor: aspectos relacionados con la credibilidad narrativa en casos de abusos sexual*. Recuperado el 23 de junio de 2009 de la página <http://www.scbpsicologia.org/congres06/ponencias/10JosepRamonJuarez.pdf>
- Jurado, M. R. (2004). *Perfiles neuropsicológicos de los trastornos de ansiedad: trastorno por estrés postraumático y trastorno de pánico*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/17136/8-4-3/perfiles-neuropsicologicos-de-los-trastornos-de-ansiedad-trastorno-por-estres-postraumatico-y-trastorno-de-panico.aspx>
- Kolb, B. y Whishaw, I. (2006). *Neuropsicología Humana*. 5ª Edición. Panamericana: Buenos Aires.
- Lago, G. y Céspedes, J. (Sin Fecha). *Abuso sexual infantil*. Recuperado el 28 de mayo de 2009 de la página

[http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_5\\_vin\\_3/16-30%20Abuso%20infantil.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_3/16-30%20Abuso%20infantil.pdf)

La infancia, la adolescencia y un ambiente sano en los planes de desarrollo departamentales y municipales. (2006). Recuperado el 22 de mayo de 2009 de la página <http://www.unicef.org.co/Gobernadores/Diagnostico.pdf>

Lamela, C. (2008). *Circuitos neurobiológicos de la ansiedad*. Recuperado el 19 de septiembre de 2009 de la página <http://diariodeltoc.blogspot.com/2008/03/circuitos-neurobiolgicos-de-la-ansiedad.html>

Lenis, C.; Saavedra, C.; López, H. y Jiménez, M. (2005). *La influencia de la estimulación musical sobre el proceso de atención en niños de 4 años, por medio del oído electrónico patentado por el método TOMATIS*. Recuperado el 4 de noviembre de 2009 de la página <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis08.pdf>

López, E. y Álvarez, M. (1996). *Maltrato Infantil*. Recuperado el 30 de abril de 2009 de la página [www.um.es/~facpsi/maltrato/](http://www.um.es/~facpsi/maltrato/)

López, P. (Sin fecha). *Gabinete Neuropsicológico y Jurídico*. Recuperado el 13 de septiembre de 2009 de la página <http://www.actiweb.es/neuropsicologia/pagina2.html>

Martín, E. (Sin Fecha). *Sexualidad*. Recuperado el 2 de octubre de 2009 de la página <http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/115/pagina/1/sexualidad.html>

Mascareñas, C (Sin Fecha). *Trastornos psicológicos en niños abusados sexualmente*. Recuperado el 9 de abril de 2009 de la página <http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/PDFs/PDF0119.pdf>

McCoy, K. (2007). *Los niños abusados se enfrentan a riesgo de depresión en la adultez*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkiid=177737>

Mercado, M. (2007). *Sexualidad Infantil. Signos de abuso infantil y violencia familiar*. Recuperado el 5 de septiembre de 2009 de la página <http://74.125.47.132/search?q=cache:->

[y0U9xwF3YMJ:www.elportaleducativo.com.ar/articulos/SexualidadInfantil.pps+relacion+entre+el+abuso+sexual+infantil+y+la+sexualidad+infantil&cd=8&hl=es&ct=clnk](http://www.elportaleducativo.com.ar/articulos/SexualidadInfantil.pps+relacion+entre+el+abuso+sexual+infantil+y+la+sexualidad+infantil&cd=8&hl=es&ct=clnk)

Meza, T. (2007). *Depresión como entidad medico-psiquiátrica*. Recuperado el 23 de septiembre de 2009 de la página [http://www.alcmeon.com.ar/14/54/04\\_Meza1.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/14/54/04_Meza1.pdf)

Mezzacappa, E.; Kindlon, D. y Earls, F. (2001). *Child Abuse and Performance Task Assessments of Executive Functions in Boys*. Recuperado el 24 de septiembre de 2009 de la página <Http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=E5707CE03B278096CE378FC91F0C4BE4.tomcat1?fromPage=online&aid=94307>

Morales, E. (Sin Fecha). *Sexualidad infantil*. Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de la página <http://www.sexologia.relacionarse.com/index.php/147792>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2000). *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía*. Recuperado el 1 de abril de 2009 de la página <http://www.unicef.org.co/Ley/LI/06.pdf>

OMS. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Organización Panamericana de la Salud: Madrid.

Pérez, F. (2009). *La entrevista cognitiva: desde sus orígenes teóricos hasta su aplicación policial*. Recuperado el 4 de septiembre 2009 de la página [http://psipolicial.blogspot.com/2009/05/la-entrevista-cognitiva-desde-sus\\_05.html](http://psipolicial.blogspot.com/2009/05/la-entrevista-cognitiva-desde-sus_05.html)

Piraquive, A. (2007). *Todo lo que debes saber sobre el Abuso Sexual Infantil*. GEW Ltda: Bogotá.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología humana*. McGraw-Hill: Madrid.

Rivas, M. E. (2008). *Como incorporar a la niñez con discapacidad, en programas de prevención y atención del maltrato y el abuso sexual*. Recuperado el 3 de julio de 2009 de la página [http://74.125.47.132/search?q=cache:fxAOfNuWdXYJ:www.eduquemosconternura.org/UserFiles/File/doc\\_2ocongreso/abuso\\_sexual\\_en\\_discapacidad.pps+relacion+entre+discapacidad+y+abuso+sexual+infantil&cd=2&hl=es&ct=clnk](http://74.125.47.132/search?q=cache:fxAOfNuWdXYJ:www.eduquemosconternura.org/UserFiles/File/doc_2ocongreso/abuso_sexual_en_discapacidad.pps+relacion+entre+discapacidad+y+abuso+sexual+infantil&cd=2&hl=es&ct=clnk)

- Riviera, J. y Olea, C. (2007). *Peritaje en víctimas de abuso sexual infantil: Un Acercamiento a la Práctica Chilena*. Recuperado el 26 de marzo de 2009 de la página <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cnps/v1n3/v1n3a11.pdf>
- Rodríguez, L. (2003). *Intervención interprofesional hacia las víctimas de abuso sexual infantil*. Recuperado el 25 de mayo de 2009 de la página [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V\\_2N107intervencion.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V_2N107intervencion.pdf)
- Rodríguez, L. (2007). *Retos de la psicología forense en los casos de abuso sexual infantil*. En: Lo que debes saber sobre el Abuso Sexual Infantil. GEW Limitada: Bogotá-Colombia.
- Rodríguez, L. (2008). *Análisis de la actividad psicológica forense y su relación con las víctimas en el Sistema Penal Acusatorio colombiano*. En: Victimología: una aproximación psicosocial a las víctimas. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
- Rodríguez, L., Moure, M. y Pajón, M. (2008). *Protocolo de criterios para la adecuada toma y valoración del testimonio en niños víctimas de actos sexuales abusivos*. Recuperado el 8 de mayo de 2009 de la página <http://aipjpsicologiajuridica.org/wp-content/uploads/grupo-investigacion/ProtCritTestActSexAbus.pdf>
- Rodríguez, L. (2008). *Análisis Psico-Jurídico del Abuso Sexual Infantil, a partir del Código de Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia*. Recuperado el 17 de junio de 2009 de la página [http://portales.puj.edu.co/ccpvirtual/Catedra%20Colombiana/Sesion4\\_Sept%2027/JuridicoAbuso%20sexual/CatedraMercedesAbusosexualinfantil.pdf](http://portales.puj.edu.co/ccpvirtual/Catedra%20Colombiana/Sesion4_Sept%2027/JuridicoAbuso%20sexual/CatedraMercedesAbusosexualinfantil.pdf)
- Rodríguez, M. y Esmeral, H. (2008). *El perito: psicólogo en Colombia*. Recuperado el 2 de abril de 2009 de la página <http://psicologiajuridica.org/psj214.html>
- Rosenzvaig, R. (Sin Fecha). *Sexualidad infantil*. Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de la página [http://www.robertorosenzvaig.cl/cms//index.php?option=com\\_content&task=view&id=48&Itemid=3](http://www.robertorosenzvaig.cl/cms//index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=3)
- Rozados, R. (2007). *Qué estructuras se estimulan en la depresión*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página



<http://www.psicomag.com/neuropsicologia/QUE%20ESTRUCTURAS%20SE%20ESTIMULAN%20EN%20LA%20DEPRESION.php>

Save The Children España. (1998-2004). *Informe sobre el Programa de Sensibilización y Prevención del abuso sexual infantil*. Recuperado el 28 de agosto de 2009 de la página [http://74.125.113.132/search?q=cache:HcV-76YKXmsJ:www.bertha.gob.ni/adolescentes/Abuso%2520sexual/bd/48\\_experiencia\\_buena\\_practica\\_intervencion\\_sobre\\_abuso\\_sexual.pdf+save+the+children+y+a\\_buso+sexual+infantil&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://74.125.113.132/search?q=cache:HcV-76YKXmsJ:www.bertha.gob.ni/adolescentes/Abuso%2520sexual/bd/48_experiencia_buena_practica_intervencion_sobre_abuso_sexual.pdf+save+the+children+y+a_buso+sexual+infantil&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)

Singer, R. (1971). *Psicología infantil*. México: Interamericana.

Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes. (2008). *Naciones Unidas. Presidencia de la República de Colombia. Defensoría del Pueblo de Colombia*. Universidad Militar: Nueva Granada.

Soria A. (2002). *Manual de psicología Penal Forense*. Editorial Atelier: Barcelona.

Soria, M. Y Hernández, J. (1994) *El Agresor Sexual y la Víctima*. Editorial Boixareu Universitaria: Barcelona.

Sortillo, M. y Riviere, A. (2001). *Cuando los niños usan las palabras para engañar: la mentira como instrumento al servicio del desarrollo de las habilidades de inferencia mentalista*. En *Infancia y Aprendizaje*, 2001, 24 (3), 291-305

Strommen, E., McKinney, J. y Fitzgerald, H. (1982). *Psicología del desarrollo*. Edad escolar. México: EL Manual Moderno.

Teicher, M. (2007). *Neurobiología del maltrato en la infancia*. En: *Investigación y Ciencia: Desarrollo del cerebro, desarrollo de la mente*. Temas 49.

Tobal, J., González, H. y López, E. (2000). *Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos*. Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de la página [http://www.ucm.es/info/seas/tep/Estres\\_postraumatico.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/tep/Estres_postraumatico.pdf)

Toporosi, S. (2009). *La sexualidad infantil, el juego y el abuso*. Recuperado el 4 de septiembre de 2009 de la página <http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2009/03/07/p221932>

Torres, M. (2006). *Abuso sexual infantil*. Recuperado el 21 de junio de 2009 de la página <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEuluEIFVuuzDFrhru.php>

- Universidad de Alicante Licenciatura en Criminología. (2008). *TEMA 9. Psicología del testigo (II): El menor como testigo*. Recuperado el 28 de agosto de 2009 de la página [http://74.125.47.132/search?q=cache:\\_NKZUYXipA4J:rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3752/29/TEMA%25209%2520Psicolog%C3%ADa%2520criminal.ppt+Inteligencia+y+testimonio+infantil&cd=1&hl=es&ct=clnk](http://74.125.47.132/search?q=cache:_NKZUYXipA4J:rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3752/29/TEMA%25209%2520Psicolog%C3%ADa%2520criminal.ppt+Inteligencia+y+testimonio+infantil&cd=1&hl=es&ct=clnk)
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página [http://books.google.com/books?id=7a1VnA9fst0C&pg=PA200&lpg=PA200&dq=depresi%C3%B3n+END%C3%93GENA,+EX%C3%93GENA+o+MIXTA&source=bl&ots=aGfhH4IMWw&sig=xKBzWILoltzkgcfMo9BjyFd2XpE&hl=es&ei=kIK0SvP-NNyvtgfQjbywDQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1#v=onepage&q=depresi%C3%B3n%20END%C3%93GENA%2C%20EX%C3%93GENA%20o%20MIXTA&f=false](http://books.google.com/books?id=7a1VnA9fst0C&pg=PA200&lpg=PA200&dq=depresi%C3%B3n+END%C3%93GENA,+EX%C3%93GENA+o+MIXTA&source=bl&ots=aGfhH4IMWw&sig=xKBzWILoltzkgcfMo9BjyFd2XpE&hl=es&ei=kIK0SvP-NNyvtgfQjbywDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#v=onepage&q=depresi%C3%B3n%20END%C3%93GENA%2C%20EX%C3%93GENA%20o%20MIXTA&f=false)
- Vargas, C. Vargas, E. y Mejía, S. (1995) *Guía para la Detección Precoz del Abuso Sexual Infantil*. Vol. 3. Santafé de Bogotá: Editorial Presencia.
- Vera, R. (Sin fecha). *Psicopatologías de la memoria*. Recuperado el 2 de abril de 2009 de la página <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/psicopatologias-memoria/psicopatologias-memoria.pdf>
- Verdejo, A., Alcazar-Corcoles, M., Gómez-Jarabo, G. y Pérez-García, M. (2004). *Pautas para el desarrollo científico y profesional de la neuropsicología forense*. En: *Revista Neurológica*: 39 (1). Páginas 60-73.
- Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. y Aguado, A. (2002). *El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual*. Recuperado el 3 de julio de 2009 de la página <http://www.psicothema.com/pdf/3482.pdf>
- Zandío, M., Ferrín, M. y Cuesta M. J. (Sin Fecha). *Neurobiología de la depresión*. Recuperado el 18 de septiembre de 2009 de la página <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple4a.html>
- Zorrilla, J. (1993) *Tipos de investigación*. Recuperado el 10 de febrero de 2009 de la página <http://tgrajales.net/investipos.pdf>