

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa de Medicina Legal

Nº 2

Marzo

2000

Monográfico:

Malos tratos en la infancia

---

Artículos originales

---

Noticias, libros y comentarios

---

INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
*Excma. Diputación de Zaragoza*

La versión original y completa de esta obra debe consultarse en:  
<https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/2060>



Esta obra está sujeta a la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Internacional de Creative Commons que determina lo siguiente:

- **BY (Reconocimiento):** Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- **NC (No comercial):** La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- **ND (Sin obras derivadas):** La autorización para explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.

Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

NÚM. 2

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

NÚM. 2



INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» (C. S. I. C.)

*Excm. Diputación de Zaragoza*

Zaragoza, 2000

Publicación número 2.115  
de la  
INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
(Excma. Diputación de Zaragoza)  
Plaza de España, 2.  
50071 ZARAGOZA (España)  
Tf.: [34] 976 28 88 78/79 - Fax: [34] 976 28 88 69  
ifc@dpz.es

#### FICHA CATALOGRÁFICA

*CIENCIA FORENSE. Revista Aragonesa de Medicina Legal.* Nº 1  
(1999).- Zaragoza: Institución «Fernando el Católico»,  
1999.- 24 cm

Anual

ISSN: 1575-6793

I. Institución «Fernando el Católico», ed.

340.6(460.22)

Toda correspondencia, peticiones de envío, canje, etcétera, deben dirigirse a la Institución «Fernando el Católico». Las normas de presentación de originales se encuentran al final de la revista.

La Revista *CIENCIA FORENSE* no se identifica con las opiniones o juicios que los autores exponen en uso de la libertad intelectual que cordialmente se les brinda.

Diseño de cubierta: José Luis Cano.

© Los autores.

© De la presente edición: Institución «Fernando el Católico».

I.S.S.N.: 1575-6793

Depósito Legal: Z- 1038-2000

Impresión: Cometa, S.A. Zaragoza

---

IMPRESO EN ESPAÑA - UNIÓN EUROPEA

**CIENCIA FORENSE**  
**REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL**

*Directora*

**M<sup>a</sup> BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA**  
Profesora Titular de Medicina Legal y Forense  
Directora del Laboratorio de Genética Forense y  
Directora de la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo  
Universidad de Zaragoza

*Coordinadora*

**MARÍA CASTELLANO ARROYO**  
Catedrática de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Granada

*Secretario*

**JOSÉ ASO ESCARIO**  
Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Zaragoza  
Director del Instituto Anatómico-Forense de Zaragoza

*Comité de Redacción*

**ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ**  
Magistrado-Juez del Juzgado de Menores  
de Zaragoza

**JUAN ANTONIO COBO PLANAS**  
Director de la Clínica Médico-Forense  
de Zaragoza

**ANA FERRER DUFOI**  
Jefe de Sección del Servicio de Medicina Legal y Toxicología  
Hospital Clínico Universitario  
Profesora Asociada  
Universidad de Zaragoza

**DOLORES SERRAT MORÉ**  
Profesora Titular de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Zaragoza

*Consejo Asesor*

- DR. D. JOSÉ MARÍA ABENZA  
Médico Forense. Madrid  
PROF. A. CARRACEDO ÁLVAREZ  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago  
PROF. J. CASTILLA GOZALO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Málaga  
PROF. L. CONCEIRO CARRO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago  
PROF. J. CORBELLA CORBELLA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona  
PROF. N. DUARTE VIEIRA  
Catedrático de Medicina Forense. Director del Instituto de Medicina Legal  
Universidad de Coimbra  
PROF. J. A. GISBERT CALARUG  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Profesor Emérito. Universidad de Valencia  
PROF. C. HERNÁNDEZ CUETO  
Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada  
PROF. E. HUGUET RAMIA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona  
PROF. A. LUNA MALDONADO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia  
PROF. J. B. MARTI-LLORET  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Alicante  
PROF. I. FRONTELA CARRERAS  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Sevilla  
PROF. M. LÓPEZ RIVADULLA  
Catedrático de Toxicología. Universidad de Santiago  
PROF. P. MARTÍNEZ BAZA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valladolid  
PROF. R. MUÑOZ GARRIDO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Salamanca  
PROF. R. HINOJAL FONSECA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Oviedo  
PROF. V. MOYA PUEYO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad Complutense de Madrid  
D. M. REPETTO JIMÉNEZ  
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Sevilla  
PROF. M. RODRÍGUEZ PAZOS  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona  
PROF. C. ROMEO CASABONA  
Catedrático de U. Cátedra Derecho y Genoma Humano. Universidad de Deusto  
PROF. J. L. ROMERO PALANCO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Cádiz  
D. M. SANCHO RUIZ  
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Madrid  
D. J. L. VALVERDE VILLARREAL  
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Barcelona  
PROF. J. D. VILLALAIN BLANCO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valencia  
PROF. E. VILLANUEVA CAÑADAS  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada

## EDITORIAL

El segundo número de esta revista se ocupa monográficamente de un tema tristemente actual como es el de los «malos tratos a los niños».

Siguiendo la orientación que se decidió dar a esta revista desde el inicio de su andadura, se solicitó colaboración a expertos que desde distintos campos están implicados en el manejo de este síndrome tan amplio como variado en su expresión, que afecta a un colectivo tan vulnerable y escaso en nuestra sociedad como es el de los niños.

Quiero destacar la generosa respuesta de todos ellos al reto de plasmar su caudal de experiencia y conocimientos al servicio del lector de esta revista.

A ello contribuyó en gran medida la labor realizada por el Ilmo. Sr. D. Armando Barreda, Magistrado Juez del Juzgado de Menores de Zaragoza, que con el entusiasmo y la capacidad de trabajo que le caracteriza, coordinó de forma brillante y eficaz una parte importante de este volumen.

Espero que el esfuerzo de todos haya servido a ese objetivo de actualización de conocimientos y de intercambio de experiencias que nos forjamos inicialmente.

Como no podía ser de otra manera este número va dedicado a Fernando Zubiri Vidal, quien al abandonarnos ya hace un año dejó un vacío irrecuperable en la medicina aragonesa y muy especialmente a Juan Antonio Navarro, el mejor de los compañeros y amigo entrañable, quien sonreirá con complicidad, allá donde esté, al saber que este monográfico versa sobre un tema que tanto le interesó.

M<sup>a</sup> Begoña MARTÍNEZ JARRETA

*Directora de la Revista*

## ÍNDICE

<b>EDITORIAL</b> .....	7
------------------------	---

### *IN MEMORIAM*

Fernando ZUBIRI VIDAL, por F. Zubiri de Salinas .....	11
Juan Antonio NAVARRO CELMA, por M <sup>a</sup> Castellano Arroyo .....	14

### **REVISIONES**

MARTÍNEZ JARRETA, M <sup>a</sup> B.: Síndrome del niño maltratado .....	19
ABECIA MARTÍNEZ, E.: Manifestaciones oftalmológicas del maltrato infantil .....	59
FLETA ZARAGOZANO, J.: Maltrato por poderes: síndrome de Münchhausen en la infancia .....	69
FLETA ZARAGOZANO, J. y BASELGA ASENSIO, C.: Maltrato sexual en la infancia .....	81
BASELGA ASENSIO, C. y FLETA ZARAGOZANO, J.: Maltrato psicológico en el niño .....	99
BARREDA HERNÁNDEZ, A.: El menor como víctima de malos tratos. Su actual posicionamiento .....	105
SANCHO CASAJÚS, C.: El Ministerio Fiscal ante la violencia doméstica ....	121
CASADO MONGE, R. M <sup>a</sup> : Actuaciones de la Administración en la protección de menores maltratados. El control del Justicia de Aragón..	141
MURILLO y GARCÍA-ATANCE, M.: El menor en el Juzgado de Instrucción y de lo Penal .....	169
RODRÍGUEZ BENITO, L.: La mediación familiar como medida preventiva de los conflictos familiares en separación y divorcio .....	193

**ARTÍCULOS ORIGINALES**

MARTÍNEZ CORDERO, A.; HINOJAL FONSECA, R.; MARTÍNEZ JARRETA, B. y ÁLVAREZ ANIA, E.: Tratamiento rehabilitador del delincuente sexual ...	221
MARTÍN BURRIEL, I.; NIEVAS, P.; CALVO, J. H.; BOLEA GARCÍA, M.; MAR- TÍNEZ JARRETA, B. y ZARAGOZA, P.: Identificación de perfiles genéti- cos humanos y de cérvidos en un caso de caza furtiva .....	233
MUÑOZ, J. I.; SUÁREZ-PEÑARANDA, J. M.; OTERO, X. L.; RODRÍGUEZ-CALVO, M. S.; COSTAS, E.; MIGUENS, X. y CONCHEIRO, L.: La estimación de la data de la muerte: ¿una nueva formulación? .....	243
BLANCO PAMPÍN, J. B., y RIERA TÁBOAS, A.: Aneurisma disecante aórtico de dirección retrógrada con afectación coronaria .....	249
PÉREZ PUJOL, E.; OSUNA, E.; PÉREZ-CÁRCELES, M. D.; ROS OLIVARES, T., y LUNA, A.: Estudio <i>post-mortem</i> de la serotonina como marcador inespecífico del sufrimiento cerebral en dos modelos de asfixias violentas. Ahorcadura y sumersión .....	257

**NOTICIAS, LIBROS Y COMENTARIOS**

Novedades editoriales y comentarios .....	273
---	-----

<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	281
------------------------------------	-----



**FERNANDO ZUBIRI VIDAL  
JUAN ANTONIO NAVARRO CELMA**

*IN MEMORIAM*

La dirección de la revista me pide una glosa de la figura de mi padre. Como diría Lope, «... y en mi vida me he visto en tal aprieto», pues si siempre resulta difícil ponderar las cualidades de una persona ya desaparecida de entre nosotros, más lo es para un hijo. En el proceso —mundo que me es profesionalmente más cercano—, mi deber sería abstenerme; en la aproximación editorial voy a atreverme a relatar mi visión que, pese a ser subjetiva, tratará de repasar el trazo vital de una historia personal, íntimamente ligada a la Medicina.

Por razones biológicas, mi padre me conoció mucho antes que yo pudiera tener conciencia de él. Motivaciones bioéticas determinaron que

él me quisiera mucho más de lo que yo pude nunca estimarle. Como diría mi maestro Lacruz Berdejo, el amor en la familia es descendente, no ascendente. Pese a todo, los relatos familiares, la lectura de mis trabajos y mi propia memoria me permiten estructurar su trayecto vital en los períodos que siguen.

I. *Su juventud.* Fernando Zubiri Vidal nace en Valencia, en 1911. La carrera profesional de su padre hizo que los primeros años de su vida transcurriesen entre Castellón, Tarragona y Barcelona, hasta que a mediados de los años treinta la familia fija su residencia en Zaragoza. Fue, en su juventud, un hombre vigoroso, a quien dolía el difícil trance que pasaba España. Sensible a los desgarros de aquel presente, su espíritu fue conmovido por la encendida palabra y por el fuerte ejemplo de José Antonio Primo de Rivera. Por la Patria, el Pan y la Justicia cambió su vida, de las aulas universitarias a la acción política. Desde muy joven perteneció a Falange Española, lo que le llevó a pasar dificultades y riesgos en la primavera de 1936 y, a partir de julio, a vivir la guerra civil en la sierra de Alcuierre, participando en ella como sanitario, pues ya era entonces estudiante de Medicina.

Desde aquel puesto debía verse, en las noches claras, el fulgor de la ciudad de Zaragoza, así que aquellos jóvenes luchadores entonaban el canto que, en el llano, podía resonar amenazador:

«¡Enchufados, emboscados, ya os podéis preparar; las gayatas de la sierra, pronto las vais a probar!»

II. *Su ejercicio profesional.* Ni que decir tiene que, acabada la contienda, los señoritos de retaguardia no tuvieron nada que temer. La sociedad fue adaptándose, bien o mal, a la nueva situación, y mi padre no fue una excepción. Se licenció en medicina en Salamanca (1941), se doctoró en Madrid (1948) y contrajo matrimonio con Mercedes, su compañera fiel hasta el final. Por entonces comenzó su ejercicio profesional en esta ciudad de Zaragoza. El paso de los años, el *status familiae* y la consolidación de un modelo social —son los años cincuenta— le hacen valorar el discreto encanto de la burguesía.

Es en esta época cuando comienza su dedicación a la historia de la medicina, que con el tiempo le fue apasionando, hasta pasar a ser uno de sus motivos vitales. Esa dedicación se plasmó en tres frentes:

1. La Facultad de Medicina, a la que llegó de la mano del doctor Oliver Rubio, y en la que desde 1956 y durante muchos años fue profesor ayudante, y adjunto interino desde 1974, dedicando su esfuerzo a la formación de los futuros médicos en el conocimiento de la Historia. El paso por la Facultad colmó su deseo de mantener el contacto con la juventud universitaria y de transmitir su saber y, sobre todo, su siempre abierta inquietud por el aprendizaje.

2. La Real Academia de Medicina de Zaragoza, que constituyó uno de sus amores. Fue nombrado académico numerario en 1966, y al año siguiente pasó a ser secretario general. En 1989 es nombrado vicepresidente. A lo largo de muchos años cuidó con esmero la realización de las actas, las publicaciones y trabajos de la Academia, para lo cual hizo especialmente estudios acerca de las *Ordinaciones del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia* (1967), *Historia de la Real Academia de Medicina de Zaragoza* (1976) y *Los Secretarios Generales de la Real Academia de Medicina de Zaragoza* (1992). Fue asistente asiduo a las comisiones, reuniones científicas y a todas las actividades académicas. Incluso durante los varios años en que, por razones familiares, pasó a compartir residencia entre Zaragoza y Alcañiz, no faltó a las reuniones académicas en las tardes de los jueves.

3. La Institución «Fernando el Católico», a la que se incorporó juntamente con buenos amigos como Fernando Solano, Antonio Serrano y su propio hermano Antonio Zubiri, por entonces presidente de la Diputación Provincial. Con la Institución comenzó una colaboración científica obteniendo diploma de mérito a su trabajo sobre *La bronquitis capilar. Su tratamiento* (1955). Al año siguiente fue nombrado Jefe del Departamento de Prensa y Propaganda de la Sección de Estudios Médicos Aragoneses y más tarde secretario de la misma. Como comisionado de esta sección asistió en Montpellier al XVI Congreso Internacional de Historia de la Medicina (1958). Desde este mismo año fue redactor jefe de la revista *Archivos de Estudios Médicos Aragoneses*. Realiza también estudios, que obtienen sendos diplomas de mérito, acerca de *Presentación de un incunable del que es autor Mateo Moreto* (1957), *La flora que nuestros conquistadores encontraron en las Indias. Sus aplicaciones en Medicina* (1959) y *La humanitaria orden del Espíritu Santo* (1962).

En 1963 es nombrado consejero de número, pronunciando su discurso de ingreso sobre «Concepto del silencio: sus relaciones con la medicina». A lo largo de los siguientes años trabaja sin descanso por la Institución, especialmente en la preparación y desarrollo de las IV Jornadas Médicas Aragonesas (1963), de las que fue secretario general, y en el I Congreso de Medicina Aragonesa (1968), y II Congreso de Medicina Aragonesa (1973), en los que ejerció la vicepresidencia. Para la Institución publicó también otros muchos trabajos científicos, entre los que pueden destacarse *Epidemias de peste y cólera morbo-asiático en Aragón*, en colaboración con Ramón Zubiri de Salinas (1980), y *Médicos aragoneses ilustres* (1983).

También su dedicación a las publicaciones médicas le llevó a ser académico corresponsal de la Real Academia de la Medicina de Valencia, por el trabajo *La medicina en la época de los Reyes Católicos* (1957), miembro de número de la Asociación de Escritores y Artistas Españoles (1960), y socio fundador de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (1970). Además, se adentró en el mundo de la divulgación editorial, publicando en la «Colección Aragón» los títulos *Refranero aragonés* (1980) y *Alcañiz y su comarca* (1985).

III. *Su madurez vital.* Decía el profesor Vicente Gella que «quien a los veinte años no es revolucionario, no tiene corazón; quien a los sesenta sigue siéndolo, no tiene cerebro». Mi padre, evidentemente, había evolucionado según esa expresión, que resume la trayectoria personal de gran parte de los ciudadanos. En los años setenta vivió la incertidumbre del futuro político —¿qué pasaría después de Franco?— y la difícil comprensión de los nuevos movimientos que surgían en los mundos obrero y universitario. Pero, a la vez, su espíritu abierto le hizo entrar en otras actividades sociales aragonesas, donde dejó muestras de su señorío, su hombría de bien y su capacidad de trabajo: en 1973 fue nombrado vicepresidente de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja Española, en 1983 fue elegido socio residente de la Real Sociedad Económica Aragonesa de Amigos del País, y en 1985 se le designó consejero general de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Zaragoza, Aragón y Rioja —hoy Ibercaja—.

IV. *Su enfermedad.* El final de su vida supuso una reducción existencial. Cuando primero las fuerzas y después las neuronas empezaron a fallarle, Fernando se refugió en aquello que siempre había sido lo más querido: la familia. Pero no sólo como entorno protector, que había de cuidarle hasta el tránsito final, sino como personas a las que dedicaba sus energías, ya mermadas, y al final su sonrisa, nunca perdida.

Se muere según se ha vivido. Él murió en paz, tratando con exquisita corrección, caballerosamente y con la palabra de afecto en los labios a las personas que osaban acercarse a verle en su enfermedad de Alzheimer. No sé si tuvo conciencia del propio desvalimiento, pues su cerebro había sido seriamente dañado; sí me consta que amó la vida y que afrontó con coraje el paso a ese más allá, en que creía finalmente, pero que siempre nos inquieta. Decía con acierto Pascal que el hombre, al final, muere solo; pero, como también nos explicó Moneva, el hombre ha de vivir asomado a su propia conciencia: si así lo hace, nada. Ni siquiera la muerte, le sorprenderá. Tengo para mí que Fernando Zubiri Vidal vivió siempre en conciencia, y por ello no se vio dolido ni afectado, más allá de lo que natura exige, en el momento final.

Fernando ZUBIRI DE SALINAS  
*Septiembre de 1999*

Querido Juan Antonio:

He necesitado muchos días para comprender que ya podía hablarte sin palabras y escribirte sin letras porque ya no necesitas de elementos materiales de comunicación.

Ahora, a menudo vienen a mi mente situaciones compartidas en las que tú eras el discípulo inquieto y estudioso, o el amigo conversador sensi-

ble y comprensivo o el compañero abierto al análisis de los problemas y al contraste de pareceres. En cualquiera de nuestros espacios y tiempos siempre estuvo presente el afecto y el respeto.

A mi llegada a la Cátedra de Medicina Legal de Zaragoza, en 1980, la primera sorpresa fueron las personas. Allí, entre profesores del talante y la categoría personal de Bastero Beguiristáin, Navarro Tafalla, Susinos Cuiduras o Cobo Pelayo, entre otros, estabas tú, que eras el Alumno Interno que apuraba los últimos días de estudiante de Medicina. Con cara ilusionada dijiste que querías trabajar conmigo y dedicarte a la Medicina Legal y Forense, por la que ya sentías una profunda vocación.

Necesité poco tiempo para darme cuenta de que te adornaba una franqueza en el trato que identifiqué como la «nobleza baturra», la nobleza que cuando está presente en un aragonés es más noble que en cualquier otro español. Tu mirada y tu sonrisa eran un binomio con el que lo decías todo y fueron elementos suficientes para muchas conversaciones.

Poco después conocí a Marigel, vuestra boda fue la primera a la que asistí en Zaragoza; desde el primer día hasta el último lo habéis sido todo el uno para el otro, pero pocas veces la bondad, la generosidad, la ternura y el amor tendrán una encarnación tan maravillosa como lo han tenido en ella.

Tu historia científica, fiel a las directrices que te propuse, fue intensa. Se inició con la tesis doctoral sobre «Radiología y arteriografía carotídea postmortem», que mereció el Premio Extraordinario de Doctorado. Para su realización fue preciso poner en marcha técnicas necroscópicas y radiológicas totalmente nuevas en un Instituto Anatómico Forense en el que poco se podía encontrar más allá de los imprescindibles instrumentos quirúrgicos para la autopsia. Tu tesis es un antecedente digno de ser tenido en cuenta por los que ahora hablan, de manera grandilocuente, de los procedimientos de autopsia mínimamente invasivos como si los acabaran de inventar.

Después vinieron tus oposiciones de profesor titular de Toxicología y Legislación Sanitaria, como temporalmente se denominó a la Medicina Legal, y al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, ganadas brillantemente. Tu estancia en el Institut de Médecine Légal de Lieja cumplió todos los objetivos científicos pero, además, se completó con estrechos lazos afectivos con todos sus miembros.

Muy pocos años después te veía como un virtual catedrático, tu esfuerzo inteligente y tenaz, la dura disciplina que supiste imponer a tu quehacer diario y tantas buenas cualidades convergentes hacia la eficaz virtud del trabajo hacían fácil vislumbrar tan prometedor porvenir.

Desde el principio comprendiste que para las personas de bien, la protección conlleva la fidelidad como respuesta y supiste ser el más fiel y leal de los discípulos.

Cuando accediste a la dirección del Instituto Anatómico Forense mi esperanza de un futuro mejor para la Medicina Legal y Forense aragonesa y española empezó a pisar tierra firme. En tu persona coincidían el profesor de Medicina Legal y el médico forense en activo; en aquellos años, la asistencia de profesores y alumnos a las autopsias o a la Clínica Médico-Forense era una realidad cotidiana y fueron múltiples las publicaciones conjuntas que corroboran la fructífera colaboración. Habíamos conseguido el germen de un auténtico Instituto de Medicina Legal en el que la Medicina Legal Académica y la Medicina Forense práctica se hibridaron en una sola, con plena identidad y auténtico sentido de lo obvio, razonable y natural.

Sin embargo, el futuro nos ocultaba designios de la Providencia, de la que tan a menudo se escapan a la explicación de la razón humana.

La muerte con la que estábamos tan familiarizados se acercó a nosotros y nos miró con su auténtico y despiadado rostro. Yo fui primera en el sufrimiento y allí estuvisteis tú y Marigel achicando mi pena y reforzando mi fuerza. Después vivimos juntos otras pérdidas con las que la vida nos recordó una vez más la fragilidad humana y la necesidad de alzar la mirada hacia otro lar en que el encuentro será definitivo. Y como remate, aquel día de octubre, aquella tu última clase y tu gesto de dolor mientras que, apretando mi mano, hiciste tú último diagnóstico: «¡María, mi cabeza, esto es una hemorragia cerebral!», y... después los días se sucedieron durante cinco años en los que estuviste entre nosotros sin volver a ser completamente tú.

Desde tu inmovilidad, y pese a todo, sabías transmitir tu fuerza ante la adversidad, tu mirada y tu sonrisa con la que nos seguiste obsequiando cada vez que nos encontrábamos o te referíamos anécdotas de unos y otros, tu esfuerzo por progresar, por volver a dominar tus rebeldes músculos y siempre... tu mirada más emocionada para ella, Marigel, la templanza, la abnegación, la resignación y el amor. Con ella compartías la Luz, la Fe y la Esperanza, que te acompañó hasta el final revistiendo de trascendencia lo que para muchos era un sinsentido.

Viviste con tanta intensidad que llenaste todos nuestros días pasados y futuros. Desde la paz de tu descanso sigues con todos los que fuimos tus amigos. Gracias por tu ejemplo.

María CASTELLANO ARROYO  
*Catedrática de Medicina Legal y Forense*

## **REVISIONES**

**Monográfico: Malos tratos en la infancia**

## SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

M<sup>a</sup> BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA\*

**Resumen:** El maltrato infantil sigue constituyendo a finales del siglo XX un problema grave en las sociedades más desarrolladas en las que se produce con elevada frecuencia y se denuncia escasamente. En España se estima que el maltrato infantil constituye actualmente la segunda causa de muerte en los cinco primeros años de vida y que es el traumatismo craneoencefálico el principal motivo. En este trabajo se revisan las distintas variedades de maltrato, su etiología, los factores de riesgo asociados en víctimas y autores, sus manifestaciones clínicas en el vivo y los hallazgos necrópsicos en el cadáver del fallecido por esta causa etc. En definitiva se realiza una aproximación a este síndrome tan amplio, y de tanta importancia desde una perspectiva médica y médico-legal.

**Palabras clave:** Malos tratos en la infancia. Sevicias. Síndrome del niño maltratado. Maltrato infantil.

**Abstract:** Child abuse is still a big concern at the end of the XX century. The frequency of this syndrome is still growing up in the developed countries and in Spain child abuse and neglect is considered as the second cause of death in children younger than five. In this paper the different types of child abuse are reviewed as well as the ethiology and risk factors associated to each one, symptoms and autopsy features, etc. In conclusion, an approach to this serious and wide syndrome that is so important for clinicians, forensics doctors and scientists.

**Key-words:** Non accidental injuries in children. Battered child syndrome. Child abuse. Neglected child.

---

\* Profesora Titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Zaragoza.

## I. INTRODUCCIÓN

### I.1. ASPECTOS GENERALES

#### I.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato infantil ha existido en todas las culturas y épocas y así lo demuestran multitud de datos recogidos en el arte, la historia, las letras, etc. Se podría decir que no conoce límites geográficos, ni temporales, aunque haya sido necesario cruzar el umbral de este siglo, que ahora abandonamos, para que los derechos del niño sean internacionalmente reconocidos en forma de Declaración Universal.

Las primeras referencias de los malos tratos a los niños aparecen en multitud de situaciones, como los sacrificios rituales de la *Biblia*, la eugenesia en Esparta o las muertes de niños en China o Hawai como método de control de natalidad e incluso hasta 1870 se permitió en algunos países el infanticidio femenino (1). Asimismo, el infanticidio ha sido un rasgo característico de las culturas esquimal, china, escandinava, polinesia, africana, india, americana y australiana (2). En Egipto cada año se ahogaba en el Nilo una doncella para que el río fertilizase las tierras y ritos semejantes eran también practicados en China, India, Méjico y Perú.

Aristóteles se expresaba así cuatrocientos años antes de Cristo: «un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto» (3).

La ley de la patria potestad romana daba derecho al padre a vender como esclavo, matar o incluso devorar a su hijo y el infanticidio era una práctica legal en Roma que incluso recibió la aprobación de filósofos como Séneca.

En la Edad Media el niño era víctima habitual de diversas formas de violencia, ligadas al poder absoluto del padre y en el marco de una sociedad con muy precarios medios de subsistencia en la que el hijo varón sano se convierte en una ayuda para salir de la pobreza, mientras que un hijo enfermo o una hija, suponen una carga que no puede ser asumida. En estas últimas situaciones, los niños eran con frecuencia abandonados, circunstancia que propició la aparición de un gran número de hospicios durante esta época.

Fue en 1626 cuando por primera vez y de la mano de Zacchia, médico de la inquisición romana, se estudian los problemas médico-legales que

plantean los niños maltratados, dado que estos no pueden defenderse por su debilidad física (4).

La superstición ha sido también origen de malos tratos, muchas veces cimentada en la creencia de que el sacrificio de los más pequeños beneficiaba a la mujer estéril, curaba enfermedades y confería salud, vigor y juventud.

Pero a pesar del dramatismo y de la repetición de estas prácticas, la sociedad nunca se preocupó excesivamente de estos abusos. Todavía en el siglo XVII era frecuente, especialmente en las clases socio-económicas menos favorecidas, lisiar o deformar a los niños para causar lástima y posibilitar el ejercicio de la mendicidad y esta permisividad frente al maltrato perduraría hasta épocas recientes. De hecho, aunque Rousseau hacía mención ya de los derechos del niño, el abuso y los malos tratos infantiles fueron tolerados socialmente hasta finales del siglo XVIII e ignorados desde un punto de vista social y jurídico hasta después de la Segunda Guerra Mundial (5). Recordemos que durante la Revolución Industrial la necesidad apremiante de mano de obra favoreció la contratación de niños para la realización de tareas que estaban muy por encima de sus posibilidades. En la mayor parte del siglo XIX, el maltrato infantil, tanto físico como emocional (negligencia, abandono o abuso sexual, etc.), no se consideraba sancionable, tan sólo el aborto y el infanticidio eran punibles.

El «Síndrome del niño golpeado» o «Le syndrome de l'enfant battu» fue descrito por primera vez en 1860 por el catedrático de Medicina Legal de París, Augusto Ambrosio Tardieu, quien se basó en los hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños que habían sido golpeados o quemados hasta morir (6). También en ese año, Athol Johnson, en el Hospital for Sick Children de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en una serie de niños que él atribuyó al raquitismo, muy generalizado por aquella época. Actualmente sabemos que casi todos aquellos casos correspondían en realidad a niños maltratados. No obstante, la teoría del raquitismo prevaleció hasta bien entrado el siglo XX (2).

Sin embargo en 1874, tuvo lugar un hecho trágico que hizo reflexionar a la sociedad; la protagonista fue una niña neoyorquina de cuatro años de edad llamada Mary Ellen. Esta pequeña era continuamente víctima de malos tratos por parte de sus progenitores, en tal grado que los vecinos decidieron llevar el caso a los Tribunales. No obstante, y dado que el abuso del niño no era considerado delito en aquella época, el caso quedó sin acción legal. Ante la falta de respuesta los vecinos decidieron acudir nuevamente a la Justicia, respaldados esta vez por la Sociedad Protectora de Animales, y aduciendo, con ironía, que la infortunada niña pertenecía a esta escala zoológica; curiosamente este argumento se consideró válido y permitió que progresara la causa y que los agresores su castigo (1).

Queda de manifiesto que durante mucho tiempo la ignorancia de las necesidades físicas y emocionales de los niños constituyeron la norma, y que los malos tratos a éstos no se han condenado socialmente hasta la época actual. Dos razones pudieran justificar este hecho:

- La primera consiste en que los niños han sido considerados tradicionalmente como propiedad de sus padres y desde esta perspectiva resultaba admisible el pleno derecho de los progenitores a tratarlos según su conveniencia.
- La segunda es la creencia de que los castigos físicos severos son necesarios para mantener la disciplina e inculcar decisiones educativas.

Sin embargo, a lo largo del tiempo también se pueden encontrar honrosas excepciones e incluso «esbozos legislativos» que han contemplado estas acciones como deleznable y objeto de sanción. Nos referimos a (6, 7):

1. Código de Hammurabi (1700 A.C.)
2. Leyes promulgadas por algunos emperadores romanos para la defensa y bienestar de la población infantil (César Augusto y Tiberio).
3. La Biblia y el Corán que prohibían el infanticidio.
4. Leyes de Partida. Partida VII. Título VIII. Cuya Ley IX lleva por título: «Qué pena merece aquel que castiga su hijo o su discípulo cruelmente» (8).

No obstante, el momento a partir del cual se inicia una gradual toma de conciencia social acerca del problema de los malos tratos se debe fijar a comienzos del siglo XIX en EE.UU., con la creación del «Movimiento para el bienestar del niño». Posteriormente, tras el caso de Mary Ellen en 1874, se fundaría en Nueva York la «Sociedad para la prevención de la crueldad con los niños» y se crearían en diversos estados norteamericanos otras muchas asociaciones con objetivos similares.

En 1881 la Sociedad Protectora de Animales de Gran Bretaña toma bajo su responsabilidad la protección de los menores, lo que daría lugar a que en 1889 se fundara la «Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad con los Niños», reflejo de la norteamericana (1).

En 1923 Eglantine Gebbs, fundadora del «Save the Children Fund», redactó en Ginebra la declaración de los derechos del niño (9).

En 1929 Parisot abordó nuevamente el problema del maltrato a los niños con ocasión de un Congreso de Medicina Legal. Sin embargo su intervención no tuvo el eco esperado, el maltrato infantil volvió a caer en el olvido y tuvo que pasar mucho tiempo hasta que se le prestara nuevamente atención (10).

Fue en 1946 cuando el pediatra y radiólogo J. Caffey publicó un trabajo referente a seis lactantes y niños pequeños que presentaban múltiples fracturas y hematoma subdural, y señaló la posibilidad de que tales lesiones tuvieran un origen traumático (11).

En 1953 Frederick N. Silverman, discípulo de Caffey, considera que son los cuidadores de los niños los responsables y autores directos de la(s) agresión(es) o, al menos, de haber tenido una actuación negligente (12).

En 1957 y 1965 el mismo Caffey publicó nuevos casos, afirmando que el origen de las alteraciones se encontraba en traumatismos derivados de malos tratos (13) (14).

En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la declaración de los derechos del niño. En 1962 Kempe y cols. publicaron una elevada cifra de casos de estos niños, describiendo lo que desde entonces se definió como el síndrome del niño golpeado (*Battered Child Syndrome*), definición que ha hecho fortuna en la literatura médica actual. El término, tal y como lo propusieron estos autores, se introdujo poco después en la Sociedad Americana de Pediatría para designar ese cuadro que el mismo Kempe describió, ya entonces, en sus aspectos pediátricos, psiquiátricos, radiológicos y legales (15).

A partir de entonces han sido numerosas las publicaciones aparecidas sobre el tema en muy diversos países y en los últimos años se ha incrementado enormemente el interés por el problema de los niños maltratados. Fruto de esta preocupación por garantizar los derechos del niño, ha sido la promulgación en algunos países de leyes que prevén la intervención del Estado, como garante y valedor de los derechos del niño y en particular del derecho a ser protegido, reemplazando a los padres cuando éstos no sean merecedores de ostentar su guarda y educación.

La enorme amplitud del síndrome, que incluye los malos tratos psíquicos, el incumplimiento de los deberes asistenciales y de educación, las consecuencias afectivas, la explotación de los niños, etc. ha hecho que la OMS aconseje continuar con su estudio al objeto de poder dar pautas diagnósticas claras y eficaces. Un hecho confirmado en múltiples ocasiones es el de que algunos niños maltratados no fueron correctamente diagnosticados, bien porque este diagnóstico no es tenido en cuenta o bien, porque simplemente no se desea pensar en él para evitar complicaciones judiciales.

### 1.1.2. CONCEPTO

El concepto de sevicias, malos tratos a los niños, o síndrome del niño maltratado (SNM), según su denominación más reciente, ha sufrido una notable evolución a lo largo de la historia. No es necesario volver la vista a épocas remotas para evidenciar esta circunstancia, ya en nuestro siglo asistimos a un importante cambio conceptual secundario al reconocimiento de los derechos del menor. Así, desde una visión que trataba exclusivamente de los aspectos médicos del síndrome se pasa a una mucho más amplia, que lo contempla como un problema de índole social con importantes repercusiones jurídicas.

Un ejemplo del tratamiento casi exclusivamente médico es la definición propuesta por Kempe para lo que él denominó el «síndrome del niño golpeado» o «*battered child syndrome*» (15): «conjunto de lesiones físicas producidas al niño como consecuencia del uso de la fuerza física empleada de forma intencional con objeto de herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por los padres u otras personas responsables del cuidado del menor».

Y como muestra del concepto amplio la visión mucho más globalizadora del problema propia de Gil (16): «cualquier acto de comisión u omisión llevado a cabo por personas, instituciones o la sociedad en general, y cualquier condición que sea resultado de tales acciones u omisiones, que prive a los niños de sus derechos de equidad y libertad y/o interfiera con su desarrollo óptimo, constituyen, por definición, acciones o condiciones de maltrato o abandono».

Parece claro que un abordaje actual del síndrome del niño maltratado ha de hacer referencia siempre a estos dos aspectos:

- El aspecto médico que corresponde al niño golpeado físicamente y que presenta determinadas lesiones como consecuencia de ello (Battered Child Syndrome, Síndrome de L'Enfant Battu, Non-accidental Injury in Children o NAI Syndrom, etc.).
- El aspecto social que abarca las demás formas de maltrato o abuso de que puede ser víctima el niño y los factores sociales que los propician: mendicidad, violencia sexual, prostitución, droga, explotación laboral, abandono, discriminación racial, violencia psíquica o maltrato intelectual (Child Abuse).

Así lo estima también San Martín, para quien ese síndrome es un claro ejemplo de enfermedad social (17).

No obstante, será más adelante cuando entraremos en esas consideraciones. Mientras tanto, y en aras de la sencillez y la claridad, preferimos definir este síndrome, siguiendo a Gisbert y a Delgado y cols. (18, 19) como «aquella entidad clínica que se da generalmente en niños pequeños, los cuales son objeto de sevicias o malos tratos físicos, psicológicos o morales o bien de trato inadecuado de hecho u omisión por parte de sus padres, familiares o cuidadores».

### I.1.3. SINONIMIA

La evolución conceptual a la que hacemos referencia queda patente en las diferentes denominaciones que ha recibido este síndrome en los últimos años y que, como queda de manifiesto en la Tabla I, siempre se corresponden con alguna de esas visiones, más estricta o más amplia, del problema.

### I.1.4. EPIDEMIOLOGÍA. IMPORTANCIA

La incidencia del SNM es muy difícil de precisar, sin embargo parece fuera de toda duda que se da en cualquier país, independientemente de su grado de desarrollo.

Su frecuencia sólo puede establecerse de forma aproximada, y se deduce de la morbilidad y mortalidad que se deriva de los malos tratos. Ni

quiera son reales las cifras que se refieren a los malos tratos físicos, que son más fáciles de objetivar.

En los países desarrollados se considera que los casos denunciados suponen tan sólo el 10% de los reales. La incidencia aproximada de este cuadro en distintos países se muestra en la Tabla II (19, 20). Estos datos, aunque habría que referirlos a la población de cada país en número de habitantes para que tuvieran un mayor rigor científico, nos permiten adquirir una idea general de la enorme magnitud del problema; sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría de los casos permanecen en la clandestinidad (19, 20).

En España la situación es superponible a la del resto de los países de nuestro entorno. Así lo estimaba también Javier Urrea, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid en declaraciones efectuadas a Europa Press TV, el 17 de enero de 1999: «es insignificante el número de denuncias registrado porque la cifra de malos tratos reales es siempre superior... no hay cifras creíbles, porque hay niños de corta edad que no denuncian que son maltratados, bien porque no lo saben, bien por miedo a no ser creídos, o por no perjudicar al adulto del que dependen». A pesar de ello, Urrea señalaba que cada vez se denuncia más este tipo de abusos debido al incremento paulatino de la conciencia social.

En nuestro país y según datos del Ministerio de Justicia, se presentaban en 1998 un total de 713 denuncias por malos tratos a menores y se estima que por cada caso de maltrato detectado existen otros 10 que pasan desapercibidos. A pesar de todo ello la incidencia en España se sitúa por debajo de la observada en otros países.

Según Christoffel y cols., la tasa media de muertes por 100.000 habitantes y año, en niños de edades comprendidas entre 1 y 4 años víctimas de malos tratos, es de 0,5 en países desarrollados y de 1,3 en los que no lo son (22).

Morin y cols. consideran que entre el 6 y el 14% de los casos de malos tratos acaban con la muerte del niño (23). Según Sánchez Moiso la mortalidad es del 10%, y quedan secuelas cerebrales en un 15% de los casos (24).

En España se estima que el maltrato infantil constituye actualmente la segunda causa de muerte en los cinco primeros años de vida y que es el traumatismo craneo encefálico el principal motivo (25).

En países como US se observa un incremento de un 67% en el número de víctimas entre 1986 y 1993, y datos recientes señalan que unos 2000 niños mueren al año como consecuencia de maltrato (20).

Resulta evidente que la importancia del síndrome de maltrato infantil es fruto en gran medida de su extraordinaria incidencia en nuestro medio, a la altura de su gravedad y significado desde una perspectiva médica y ética.

## II. ASPECTOS SOCIALES

Para Calvo y Calvo (25) este síndrome tiene una incuestionable etiología social. En él, el niño resulta víctima de las condiciones del entorno y de su propia familia, que descarga sobre él gran parte de la agresividad acumulada (26). Por ello, la investigación médica de las causas de este síndrome pasa irremediablemente por el análisis de los factores sociales que lo propician.

### II.1. ETIOPATOGENIA

Al considerar el origen de este síndrome no se pueden olvidar ninguno de los tres elementos que en él intervienen:

- El adulto agresor o más frecuentemente los padres como autores de malos tratos.
- El niño o víctima
- El entorno socio-familiar

#### II.1.1. *Padres autores de malos tratos*

Los autores de malos tratos infantiles son, en el 80-90% de los casos, los padres de la víctima (27, 28). Un estudio psico-sociológico de estas personas demuestra que todas ellas están incluidas en alguno de los grupos siguientes (25):

- Psicópatas
- Alcohólicos
- Drogadictos
- Con bajo nivel intelectual
- Convivencia ilegítima
- Emocionalmente inmaduros y con indiferencia a su situación de padres.
- Padres que han sido víctimas de abusos en su niñez o sometidos a experiencias educativas deformantes y que maltratan a sus hijos con fines educativos.

En general, en los hombres predominan los temperamentos explosivos, fácilmente irritables, con fuerte tendencia sexual y perezosos. En las mujeres prevalece la personalidad infantil, dependiente, egoísta, sometida a fuertes presiones sexuales y carente de sentimientos maternales. Es bastante frecuente que el hombre no sea el padre biológico del niño, sino el que cohabita con la madre y, aunque en principio es afectuoso con éste, a la larga el niño se convierte en uno de los lados de un triángulo emocional, comenzando un resentimiento que suele culminar en el maltrato (29).

En la Tabla III se exponen las características que para el Comité Nacional de Prevención del Maltrato infantil en USA (UCPCA o Utah Chapter of the National Committee to Prevent Child Abuse) constituyen actualmente los rasgos identificativos del grupo de riesgo entre los cuidadores (<http://bitcorp.net/UCPA/recog.html>).

### II.1.2. Niños víctimas de malos tratos

La edad de mayor incidencia se sitúa por debajo de los tres años debido a las características generales y a la mayor indefensión de este grupo etario. Según una encuesta antigua realizada por Cameron y cols. en 1966 en Londres, el 55% de las víctimas eran menores de 1 año y el 79% menores de 2 años, siendo la edad de mayor incidencia los 14 meses (30). Estos datos no han sido contestados y parecen seguir reflejando la realidad. No obstante, valores superiores son los que encuentran Johnson y Showers, con un media de edad de 7, 02 años, aunque con una moda de 1 a 3 años (31).

En relación con los niños fallecidos como consecuencia de este síndrome algunos autores establecen que la edad media de máxima incidencia son los 15 meses (32).

Con frecuencia suele ser el primer hijo de la pareja, no deseado por ser ilegítimo o inconveniente para la situación económica familiar. Están particularmente expuestos a malos tratos aquellos que proceden de matrimonios desechos y no que encuentran un lugar normal en la familia (33). A veces se trata de hijos adoptivos que no han respondido a las esperanzas de sus nuevos padres (25).

También son víctimas comunes de malos tratos los niños difíciles, grupo enormemente amplio en donde entrarían oligofrénicos, niños con llanto continuo, vómitos persistentes, terrores nocturnos, etc. (33).

La influencia del sexo en este síndrome no ha sido probada, en contra de la idea tradicionalmente defendida de una mayor frecuencia en niños varones (29).

En la Tabla IV se exponen las características que para el Comité Nacional de Prevención del Maltrato infantil en USA (UCPCA o Utah Chapter of the National Committee to Prevent Child Abuse) constituyen actualmente los rasgos identificativos del grupo de riesgo entre las víctimas (<http://bitcorp.net/UCPA/recog.html>).

### II.1.3. El entorno socio-familiar

Un estudio sociológico realizado en nuestro país entre familias de niños que habían sido maltratados mostró la existencia de una serie de factores asociados al maltrato: un nivel socioeconómico bajo (95% eran pertenecientes a la clase obrera baja, no cualificada); una situación familiar anormal: madres solteras, separadas, etc.; familias disociadas con gran

número de hijos; de coeficiente intelectual bajo (alta incidencia de analfabetismo: 63% de las madres y más del 30% de los padres); vivienda insuficiente, hacinamiento, etc.; a los que se añade frecuentemente el hábito del alcohol (en un 88% de los casos) y/o las drogas (25).

En este sentido, Delgado y cols. hablan de unos factores de riesgo que deben de ser conocidos, ya que están constantemente presentes en el contexto socio-familiar de los niños maltratados (19) (ver Tabla V). Sin embargo, las sevicias a los niños no son un monopolio de la clase social baja. También en clases acomodadas tienen lugar estos abusos, aunque al parecer o bien se producen con mucha menor frecuencia en este grupo, o bien se logran ocultar mejor. Algunos autores defienden que en estos ambientes es más habitual encontrar sevicias en forma de maltrato emocional o de carencias afectivas (29).

### III. ASPECTOS MÉDICOS

#### III.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los medios utilizados para maltratar a un niño son enormemente variados. El Congreso de París de 1982 consideraba 2 grandes tipos de violencias o sevicias, según el ambiente donde estas tenían lugar: violencias intrafamiliares y violencias extrafamiliares (19).

Nosotros haremos referencia aquí a las primeras, ya que son las que producen el síndrome de forma más típica. Otras formas de malos tratos serán consideradas más adelante. Dentro de éstas y siguiendo la clasificación de Kempe y Kempe (34) encontramos:

##### III.1.1. *Violencias intrafamiliares*

1. Físicas.
2. Químicas.
3. Sexuales.
4. Psíquicas.

Según Delgado y cols., la clínica correspondiente a cada una de esas violencias o agresiones podría clasificarse como sigue (19):

- Lesiones por Violencias Físicas.
- Lesiones por Violencias Químicas.
- Abuso Sexual.
- Falta de Cuidados.
- Maltrato Emocional.

— Síndrome de Münchhausen por poderes

Dado que en esta monografía se abordarán alguno de estos temas de modo específico, en el presente capítulo trataremos más en profundidad el maltrato físico, remitiendo cada tema a los capítulos correspondientes.

III.1.1.1. *Lesiones por Violencias Físicas*

Las manifestaciones clínicas resultantes de malos tratos por medios físicos se caracterizan por un gran polimorfismo, multiplicidad, por su variada localización, su diferente intensidad y momento evolutivo.

El médico que atiende el servicio de urgencias debe estar preparado para reconocer toda la variedad de signos y síntomas que pueden llegar a componer este cuadro y es importante que incorpore el síndrome del niño maltratado al diagnóstico diferencial (25).

Aunque el espectro de lesiones es muy amplio, ciertos hallazgos son de gran interés y muy sugestivos de este cuadro. En ellos centraremos nuestra atención.

Las *lesiones cutáneas* son las más llamativas y aparecen en el 90% de los casos de malos tratos, puesto que lógicamente es en la piel donde se produce el impacto directo del golpe o agresión física (28).

La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equímosis, hematomas, excoriaciones, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc. (29-34).

Aunque hay autores que defienden que lo más habitual es la violencia directa por parte del adulto sin la utilización de ningún tipo de instrumento («agresiones no instrumentales»), esto en la práctica no siempre es así (30-35).

Los mecanismos de producción de sevicias físicas son muchos y variados. Algunos de los más frecuentes se recogen en la Tabla VI (25).

Calvo y Calvo distinguen entre lesiones cutáneas específicas e inespecíficas, siendo las segundas más frecuentes (25). Las primeras se corresponderían por ejemplo con equímosis figurados que reproducen la forma del objeto lesivo y facilitan enormemente el diagnóstico (un cinturón, una cuerda, impresiones de los dedos en un niño abofeteado).

Equímosis y hematomas evolucionan hacia la curación pasando por fases cromáticas distintas que permiten determinar de forma aproximada el momento de su producción (ver Tabla VII) (18, 25). Comparar la fecha de la lesión con los datos aportados en la historia clínica puede ser muy interesante.

Muy característico también de este síndrome será el encontrar esas lesiones en distintos estadios evolutivos por posibles traumatismos repetidos e intencionados (33).

Otro dato muy importante a tener en cuenta es el de la localización y número de las lesiones que es diferente según éstas sean accidentales o no. Por regla general cuando un niño sufre una lesión accidental esta suele ser única, aunque la presencia de varias no descarta la posibilidad de accidente. En este último caso las lesiones suelen aparecer en las zonas prominentes del cuerpo. La zona anterior de la pierna (tibia y rótulas), la región frontal del cráneo o las cejas y los codos son las regiones más afectadas. Cuando ha habido intencionalidad las zonas afectadas suelen ser las no prominentes.

Existirá sospecha de lesión no accidental cuando ésta se sitúe en la parte interna del muslo, pene, escroto, nalga, espalda, tórax y parte posterior del cráneo (región occipital) (ver figura 1). Si el niño no ha emprendido la marcha cualquier zona ha de ser sospechosa. Las extremidades y las manos pueden ser asiento también de manifestaciones cutáneas típicas del SNM, dado que constituyen auténticos asideros naturales para que el iracundo adulto pueda agarrar al niño (35).

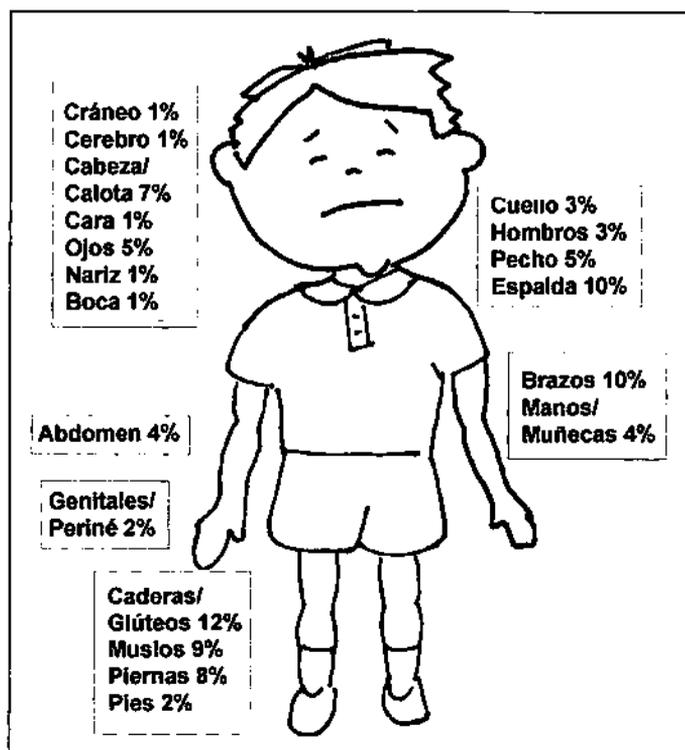


Figura 1. Lesiones cutáneas no accidentales. Áreas corporales afectadas con más frecuencia en el maltrato físico.

Otro signo bien conocido son las mordeduras, que entrarían dentro de la categoría de lesiones cutáneas específicas. Su estudio reviste gran interés desde el punto de vista médico-legal, ya que se puede obtener abundante información acerca del origen intencional de la lesión, pero sobre todo porque puede permitir la identificación del agresor. En este último caso sería aconsejable el concurso de un experto en Odontología Forense (35, 36).

Otras manifestaciones cutáneas son las quemaduras producidas por objetos candentes y que muestran el aspecto que le imprimen tales instrumentos (un radiador, una plancha caliente, una cuchara caliente, etc.). Muy características son las lesiones por cigarrillos en cara, mamilas, genitales, palmas de las manos y plantas de los pies. Tienen un aspecto circular de 8 a 10 cms de diámetro y cierta induración en los márgenes. Las quemaduras constituyen el castigo elegido en el 10% de los casos (33). La Tabla VIII explica las características de las quemaduras intencionales.

A nivel de mucosas, especialmente en boca, podemos encontrar laceraciones, desgarros, fracturas dentales y cicatrices como consecuencia de la administración de alimentos excesivamente calientes o por la administración forzada de los mismos. La administración de caústicos también es una forma relativamente común de lesionar las mucosas (25).

Otro tipo de lesión de tegumentos es el arrancamiento de cabellos, produciendo zonas de alopecia, que cuando acompañan a otras de las mencionadas resultan sospechosas de malos tratos (25, 36, 38). La alopecia puede presentarse en forma de placa pseudoalopécica o zona de rarefacción del cabello, como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos. Las zonas de alopecia traumática suelen ser la región occipital y occipito-parietal. Será necesario además hacer diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y también con la tricotilomanía, en la que el niño se tira del pelo y se come los cabellos que logra arrancar, sobre todo en la zona occipital.

Es muy importante, en un caso sospechoso de malos tratos, obtener fotografías en color de tales lesiones, ya que las mismas constituyen un testimonio gráfico de incalculable valor desde una perspectiva judicial.

Las *lesiones esqueléticas* son, junto con las cutáneas, las más típicas del niño maltratado físicamente. Hasta tal punto esto es así que a veces un simple examen radiológico nos pone en la pista del caso.

Los hallazgos radiológicos pueden ser de distinto tipo (25):

- Fragmentaciones epifisarias
- Incurvaciones diafisarias
- Fracturas en distinto grado de evolución y/o luxaciones.
- Engrosamiento de la cortical externa de la diáfisis de los huesos largos como residuo de reacciones periósticas ya curadas (formación de «involucros»).

— Reacción subperióstica abundante y activa.

Tales hallazgos están condicionados por tres factores (25, 30, 31):

- Edad: por regla general, la mayor incidencia de malos tratos se da en niños menores de tres años. A esta edad el periostio está menos firmemente adherido al hueso subyacente que en edades posteriores de la vida. Ello hace que sea relativamente fácil que el periostio se desprenda del tallo óseo debido a una hemorragia. El traumatismo puede ir seguido de un hematoma subperióstico masivo que eleve el periostio activo y que tienda a osificarse en su periferia dando lugar a un aspecto muy particular descrito con el nombre de «Síndrome de Silverman». Se caracteriza por láminas óseas que envainan la diáfisis y forman un manguito o cáscara que espesa el hueso. Por otra parte, en los huesos jóvenes en crecimiento, el plano fibroso externo del periostio es relativamente fino y delicado, mientras que el plano osteogénico es muy grueso. Además, en los huesos en crecimiento el periostio sólo está firmemente fijado en los dos extremos mediante importantes extensiones que penetran en los cartílagos epifisarios. Estas inserciones terminales, del periostio y pericondrio, son responsables de la frecuente fragmentación metafisaria que sufren los huesos jóvenes en crecimiento después de un traumatismo (25).
- Tiempo transcurrido: tiene un gran valor en la evaluación de un caso sospechoso de malos tratos. Salvo que exista una fractura importante, un esguince o desprendimiento epifisario, no se encontrarán signos de lesión ósea en la primera semana que sigue al traumatismo. Los cambios reparativos empiezan a hacerse visibles hacia los 12 ó 14 días después de la agresión, pudiendo aumentar en las semanas siguientes dependiendo de la extensión, de la lesión inicial y de la repetición de la misma.
- Repetición de la agresión. Este es probablemente el factor más importante que determina la formación de los signos radiológicos del SNM. Los hallazgos pueden depender de una movilización incorrecta del hueso lesionado lo que conduce a macro y microtraumas en el área de cicatrización, acompañado de excesiva reacción local y hemorragia, y secundariamente exagerada reparación. Por otra parte las agresiones repetidas pueden producir lesiones óseas en distintas áreas y en distintos momentos, dando como resultado lesiones en distintos estados evolutivos. Esta multitud de lesiones en ausencia de signos o anomalías biológicas que las justifiquen, tienen un valor casi definitivo en el diagnóstico de malos tratos.

Mención especial merecen las lesiones del *sistema nervioso central* que constituyen la principal causa de muerte en el SNM, sobre todo en niños menores de dos años (28-34). Se estima que un 20% de niños maltratados presenta lesiones del SNC (25).

Estas pueden ser de dos tipos:

- Por traumatismo directo
- Por traumatismo indirecto, de sacudida, o de aceleración-deceleración. Este cuadro es lo que algunos autores han denominado el «síndrome del niño zarandeado» («shaking baby syndrome») (20, 31, 39-41).

El traumatismo directo es infligido al golpear al niño con un objeto o al golpearle la cabeza contra el suelo o contra una pared. Frecuentemente los padres explican que el niño se ha caído de la cuna o de una mesa. En condiciones normales este tipo de trauma se acompaña de fractura complicada en un 1 ó 2% de los casos. Por ello, cuando la lesión sea de mayor gravedad y la única explicación para la misma sea la caída de la cuna, debemos sospechar maltrato (ver Tabla IX) (33).

Igualmente debe considerarse sospechoso el hecho de que los padres acudan con el niño al servicio de urgencias algún tiempo después del traumatismo, cuando este ya ha producido un gran hematoma.

El hematoma subdural puede estar o no asociado a las fracturas craneales; no obstante, es un hallazgo muy típico y fue de los primeros descritos por Tardieu dentro del síndrome que nos ocupa (6). El propio Caffey identificó el SNM, que denominó el «síndrome hematoma subdural-fracturas múltiples» cuando todavía no conocía su verdadera causa (11).

La segunda forma de lesión del SNC a la que hacemos referencia era el «Síndrome del niño zarandeado». En este caso los niños son sacudidos violentamente por sus padres, pudiendo fallecer por esta causa sin que se aprecie ningún signo externo de violencia. El mecanismo es fácilmente comprensible ya que con el desplazamiento de la cabeza, el cerebro es golpeado contra el cráneo y se lesiona el delicado tejido cerebral. A su vez la tracción que acompaña el desplazamiento de la masa encefálica puede acarrear desgarros o roturas en los vasos con la aparición de hemorragias. Los vasos retinianos pueden resultar lesionados produciéndose la ceguera por esta causa (20, 31).

Dado que los lactantes por debajo de seis meses tienen una musculatura cervical débil para sostener el desplazamiento de la cabeza, esta época de la vida representa un gran riesgo al respecto. En general suele revelarse por signos neurológicos del tipo de alteraciones de la conciencia, crisis convulsivas, déficit motor, alteraciones del tono muscular, o bien otros más inespecíficos como vómitos, problemas respiratorios e irritabilidad. La clave para el diagnóstico será la hipertensión de la fontanela y las hemorragias retinianas.

Los signos clásicos que se asocian con el síndrome del niño zarandeado se recogen en la figura 2.

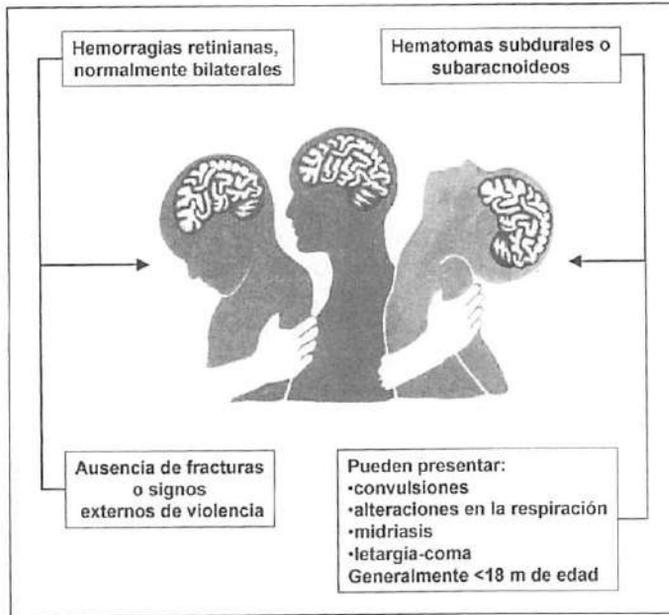


Figura 2. Signos clásicos que se asocian con el síndrome del niño zarandeado o shaken baby syndrome.

Hay que ser muy escéptico ante las hemorragias «subdurales crónicas» secundarias a problemas en el momento del parto, ya que los casos genuinos revelan signos y síntomas en las primeras 24 ó 48 horas de vida (32-33).

Ante la posibilidad de estar ante este síndrome resulta imperativo la realización de un TC y un examen de fondo de ojo (19, 20).

Muy importantes son también dentro de este síndrome las *lesiones oculares*. Se estima que aproximadamente un 40% de los niños maltratados padecen traumatismos oculares, lo que motiva que sean algunas veces los oftalmólogos los primeros que atienden estos casos en urgencias (hasta en un 6% de las ocasiones según Friendly (20, 42, 43). En ellas no nos detendremos porque serán revisadas de forma específica en otro artículo de este número monográfico.

Nos queda finalmente comentar las *lesiones viscerales* que suponen la segunda causa de muerte por malos tratos tras las lesiones del SNC (28). Como consecuencia de golpes efectuados sobre la pared anterior del abdomen se puede producir una amplia variedad de lesiones graves (roturas de hígado, bazo, riñón, páncreas, vejiga, etc...) que, con cierta fre-

cuencia, se traducen en signos mínimos o nulos a nivel externo. Es por ello que, en el caso de que el niño esté vivo, el diagnóstico de las mismas sólo puede efectuarse por técnicas especiales (TC). En la Tabla X se recogen algunos signos clínicos sugestivos de lesión abdominal (33).

Según Phillipart (44) los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados por los traumatismos abdominales en niños son el duodeno, páncreas y yeyuno. Esta distribución de lesiones está en relación con la anatomía característica de estas edades: unos amplios márgenes costales, una delgada musculatura abdominal y un corto diámetro corporal antero-posterior. Así la energía transmitida por un golpe sobre las paredes abdominales producirá tanto la ruptura de órganos que se ven súbitamente comprimidos dentro de su cápsula (hígado, riñón y bazo), como desgarrros de órganos en su punto de fijación por fuerzas de deslizamiento y cizallamiento. Es por ello que las lesiones intestinales se presentan con mayor frecuencia en las zonas de inserción del mesenterio (33).

#### *III.1.1.2. Lesiones por violencias Químicas*

Una nueva forma nueva del SNM, que justifica una vez más el cambio conceptual que está sufriendo esta entidad clínica en el momento actual, es la que incluye intoxicaciones intencionadas o malos tratos químicos. Lamentablemente estas violencias químicas cada vez son más frecuentes (45, 46).

En la Tabla XI se recogen los productos más utilizados en estos casos aunque el espectro de estas intoxicaciones es amplísimo (19). Generalmente los niños presentan cambios en el nivel de conciencia, somnolencia, confusión e incluso estado de coma y fallecimiento. Con frecuencia además estas intoxicaciones se continúan durante la hospitalización del niño, ya que la madre no es vigilada y no se suele sospechar esta posibilidad. Hay que distinguir este tipo sofisticado de malos tratos infantiles de aquellos, igualmente inadecuados pero con fines terapéuticos, que se producen al utilizar productos tóxicos de forma bien intencionada. Estos suelen responder a una enorme falta de cultura, a supersticiones o creencias populares.

#### *III.1.1.3. Abuso sexual*

Esta variedad de maltrato es sin duda una de las formas más importantes y conlleva a corto, medio y largo plazo consecuencias graves para el niño desde el punto de vista moral, psicológico e incluso orgánico, ya que puede ser motivo de enfermedades venéreas y origen de embarazos (25). El National Center for Child Abuse and Neglect (USA) define este cuadro como «contactos o interacciones entre un adulto y un niño, cuando el niño es usado para la estimulación sexual del agresor u otra persona». El maltrato sexual se produce generalmente por adultos, bien sean conoci-

dos de la familia, como amigos, cuidadores o vecinos, constituyendo la variedad extrafamiliar; o bien por miembros de la familia, siendo estos casos muy difícil de descubrir de analizar y de tratar. Según Calvo y Calvo el incesto padre-hija representaría el 75% de todas estas situaciones (25).

Al igual que ocurre con el maltrato físico la incidencia del maltrato sexual no se conoce con exactitud. Así en EE.UU. se aprecia, en los últimos años, un incremento en la cifra de estos malos tratos, y asimismo se estima que en ese país la incidencia de este fenómeno supone el 9% del total del maltrato infantil (47-49).

Debe ser sospechado siempre, conociéndose numerosos signos físicos reveladores (50-53), en los que no nos detendremos porque se dedica un capítulo específico en esta misma revista a su consideración.

La existencia de una enfermedad de transmisión sexual un niño debe ser considerada, como norma general, como evidencia de abuso mientras no se demuestre lo contrario (25, 50-53).

#### III.1.1.4. *Falta de cuidados*

Es habitual que el niño sometido a malos tratos presente además déficits nutritivos (malnutrición, escorbuto, hiposideremia, raquitismo, etc.) por alimentación escasa o bien por haber sido sometido a dietas extravagantes. Su aspecto suele ser descuidado en higiene, vestidos, etc. y el calendario de vacunaciones frecuentemente no se ha completado como resultado de una desatención hacia las medidas profilácticas y médicas más elementales. Esto último puede dar lugar, por ejemplo, a que un niño que padezca una enfermedad crónica tratable no sea llevado con la debida frecuencia a la consulta, y sufra finalmente un dramático deterioro como consecuencia de la falta de medicación (30-34).

En muchas ocasiones resulta difícil establecer si se trata de falta de cuidados voluntarios, o bien estos son inconscientes por condiciones familiares socioculturales precarias o por deficiencias mentales de los padres, situación que es bastante frecuente en casos de malos tratos infantiles.

El límite entre las lesiones causadas deliberadamente y el abandono físico puede ser, en ocasiones muy difícil de determinar. El abandono, la negligencia, puede constituir una forma insidiosa de causar daños graves. Supone un fallo en cuanto a la debida actuación para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño.

#### III.1.1.5. *Maltrato emocional*

Según Delgado y cols. (19) los niños sometidos a malos tratos presentan unos rasgos de personalidad característicos, entre los que destacan: carácter tímido y asustadizo, ausencia de búsqueda de protección familiar, dificultad para expresar y reconocer sus sentimientos, sentimientos de culpa y aceptación del castigo, problemas de relación, falta de confianza en sí

mismos y en el entorno familiar, dificultad en la adaptación, tendencia a la depresión y al suicidio. Es evidente que los daños que sufre un niño víctima de malos tratos físicos no se limitan al terreno de lo orgánico y que las agresiones en el campo psíquico van a ser difíciles de precisar cuando aparecen de modo aislado (54).

También esta forma de malos tratos puede darse en colegios, instituciones, e incluso a nivel del propio hospital donde los niños viven con frecuencia separados de sus madres por disciplina hospitalaria y sometidos a una serie de exploraciones, intervenciones, etc. que de no tener una clara indicación entrarían dentro de esta categoría de maltrato que estamos considerando.

Esta variedad de maltrato también se desarrolla en este número de forma específica al igual que la que a continuación se revisa.

#### III.1.1.6. *Síndrome de Münchhausen por poderes*

El barón de Münchhausen, que vivió en Alemania en el siglo XVIII, fue célebre por sus hazañas militares llenas de fanfarronadas y exageraciones. Su figura ha servido de paradigma en patología psiquiátrica, y se habla del síndrome que lleva su nombre para designar a los enfermos que inventan historias y síntomas que suscitan exámenes complementarios, exploraciones e incluso tratamientos médicos o quirúrgicos, innecesarios o peligrosos (19, 25, 54-57).

Que los niños inventen este tipo de situaciones no es frecuente y si así ocurre difícilmente será antes de los siete años. La forma habitual de este cuadro que Meadow denominó «Síndrome de Münchhausen por poderes» (55), es aquella en la que los padres inventan síntomas en los niños, o los provocan, llevando a los pediatras a someter a los supuestos enfermos a investigaciones y exploraciones inútiles, que en muchas ocasiones comportan riesgos. En estos casos los niños suelen ser menores de 6 años de edad (56).

La variante de este síndrome en la que los padres no inventan, sino que provocan de forma activa la supuesta enfermedad en el hijo se denomina también «Síndrome de Polle» (25). Fiebres ficticias, hematurias, e incluso sepsis, han resultado ser consecuencia de este tipo de abuso que obliga a largas hospitalizaciones y laboriosos estudios. Se han descrito casos en los que la madre inyectaba a su hijo por vía intravenosa agua contaminada o derivados de hidrocarburos.

### III.2. DIAGNÓSTICO

#### III.2.1. *Diagnóstico médico*

Debe sospecharse este cuadro siempre que encontremos un niño de edad inferior a tres años que presente lesiones traumáticas, polimórficas y

en diferente estado evolutivo, de explicación no convincente por parte de los familiares; con aspecto descuidado en su higiene y vestido, así como retraso estatura-ponderal y que muestre actitud de recelo y temor.

En este sentido Domínguez y Romero señalaban cuatro criterios que pueden ayudar al diagnóstico (58):

1. Criterio Cuantitativo: las lesiones suelen ser múltiples.
2. Criterio Cualitativo: pueden observarse los tipos más diversos de las mismas (fracturas, quemaduras, heridas, equimosis, etc.)
3. Criterio Cronológico: diferente antigüedad de las lesiones.
4. Criterio Topográfico: no precisamente en las partes salientes que suelen ser objeto de lesiones de origen accidental.

También hay que tener en cuenta la actitud de los padres que puede ser: contradictoria, indiferente, de exagerada sobreprotección o bien agresiva hacia el niño y muchas veces mostrando resistencia a facilitar información sobre el caso.

El diagnóstico es muchas veces difícil, ya que con frecuencia los padres tardan en llevar al niño al centro hospitalario y es característico el que las consultas o ingresos se produzcan sucesivamente en centros diferentes para no levantar sospechas.

Nos parece útil en este sentido la distinción que hace Fontana (59):

— SIGNOS DE PRESUNCIÓN

Fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos

Hematoma subdural

Quemaduras graves

Malnutrición inexplicable

Lesiones equimóticas en piel

— SIGNOS DE SOSPECHA

Edad inferior a tres años

Cuidado negligente

Discrepancia entre la historia y la clínica

Intervalo prolongado entre el momento de la lesión y la búsqueda de ayuda médica

Mejoría espectacular de las lesiones durante la hospitalización y recidiva de las mismas al reintegrarse al hogar.

En la Tabla XII se recogen algunos de los indicadores emocionales y/o de comportamiento sugestivos de maltrato que se observan habitualmente en las víctimas.

Ante los signos expuestos anteriormente se aconseja llevar a cabo las siguientes actuaciones (25):

- Realizar una historia clínica detallada y un examen físico completo del niño, procurando obtener fotografías en color de las lesiones.
- Comparar la historia con la exploración. Del resultado de esta comparación pueden resultar valiosos elementos de sospecha.
- Considerar el diagnóstico diferencial, solicitando datos de laboratorio para descartar estados carenciales (anemia, hipoproteïnemia, etc.) y radiológicos, incluido si en necesario un TC para estudio de afectación neurológica.
- Hospitalizar al niño como medida de protección temporal mientras se somete a la familia a tratamiento psicoterápico o para completar el estudio. Consultar con el asistente social.

### III.2.2. *Diagnóstico médico-forense*

La intervención del médico forense en los casos de SNM tiene lugar en dos situaciones:

- Para la valoración de las lesiones en el niño vivo.
- Cuando el niño ha fallecido víctima de malos tratos.

En el primer caso al diagnóstico no se llega de forma muy diferente a lo que veíamos en la sección anterior. El problema fundamental que se plantea en este caso es el hecho de que cuando el niño es explorado muchas de las lesiones pueden haber ya curado. Por eso es tan importante que ante la sospecha de este cuadro el médico de urgencias, que atiende por primera vez al niño, obtenga fotografías.

En el segundo caso la actuación consistirá en la realización de la preceptiva autopsia. No obstante, antes de proceder a la necropsia se recomienda siempre recabar toda la información posible en relación con el caso, lo que permitirá una más correcta interpretación de los hallazgos de autopsia.

Una vez recopilados estos datos, se procederá a la práctica de la misma:

1. *Examen externo.* Obviamente revela importantes y variados signos que nos ponen en la pista de la naturaleza, extensión y antigüedad de las lesiones. Todos ellos han sido ya comentado con anterioridad por lo que no vamos a incidir de nuevo en ellos.

2. *Examen interno.* Antes de comenzar éste, tal y como aconsejan Domínguez y Romero (58), ha de realizarse un estudio radiológico completo de todo el cadáver que permita evidenciar las posibles fracturas existentes (tanto antiguas como recientes). El examen interno, por lo demás, no difiere nada del efectuado en el adulto. Hay que recordar la importancia de la recogida de muestras de todas las lesiones externas que se encuen-

tren, al objeto de realizar los pertinentes estudios histológicos y bioquímicos que permitan establecer su antigüedad y vitalidad. Investigaciones recientes han demostrado también el interés que posee el examen histológico sistemático de tejido pulmonar y hepático a la búsqueda de depósitos de hemosiderina que se consideran ya como marcadores de inestimable valor del maltrato físico crónico (60).

De la misma manera no se debe olvidar la toma de muestras para análisis toxicológico y, en el caso de signos sospechosos de abuso sexual, la recogida de indicios biológicos y muestras para el diagnóstico de la individualidad a través del estudio genético (50).

En algunos casos la naturaleza violenta de la muerte y la etiología homicida pueden resultar evidentes (estrangulación, lesiones mortales por arma de fuego no justificables por accidente, etc); no obstante, no siempre resulta fácil concluir que la muerte del niño se debe a un homicidio.

Desafortunadamente, cuanto más elaborado y planificado ha sido un homicidio, mayor es la dificultad a la hora de encontrar la explicación médico-legal adecuada a la vista de los hallazgos de la autopsia (32, 33, 61, 62).

Muchas veces las lesiones resultantes del maltrato son más sutiles que la simple intoxicación, el disparo por arma de fuego, las contusiones y la estrangulación. La sofocación, por ejemplo, no genera otros signos médico-legales que los propios del cuadro asfíctico (signos generales de las asfixias) y muchas de las muertes que son debidas a lesiones craneales no se acompañan de signos externos de agresión.

A este respecto el médico debe recordar las características de dos síndromes que comentábamos anteriormente y en los que los hallazgos externos pueden ser escasos o nulos (20, 33, 61, 62):

- Síndrome del niño zarandeado o shaking baby syndrome.
- Síndrome de Munchausen por poderes.

El síndrome de muerte súbita infantil (sudden infant death syndrome o SIDS) puede ser una posibilidad a considerar ante la ausencia de hallazgos. EL SIDS se define como «la muerte súbita de un niño de menos de un año de edad que permanece inexplicada tras exhaustiva investigación, incluyendo autopsia judicial y examen completo del lugar de los hechos, así como revisión de la historia clínica» (61, 62).

Precisamente a este diagnóstico se llega por exclusión, cuando no existe otra explicación (síndrome del niño zarandeado, traumatismo craneal, peritonitis, sofocación u otra causa identificable) para una muerte repentina o súbita en un niño aparentemente sano. Antes de llegar a este diagnóstico se debe estar muy seguro y tener en cuenta que raramente se produce una SIDS en niños mayores de 7 meses y difícilmente en edades supe-

riores a los 12 meses, con un pico de frecuencia entre los dos y cuatro meses. En el número anterior de esta revista se dedicó un capítulo entero a la descripción de este síndrome cuya lectura se recomienda (63).

Para concluir recordar que se aconseja sospechar una posible etiología homicida o de maltrato en el caso de niños fallecidos aparentemente por un SIDS si en la familia existe historia de maltrato infantil o se han producido dos o más casos de muertes por SIDS (61). Asimismo, se advierte que el SIDS no puede ser considerado como la causa de toda muerte inexplicable en la infancia (20, 62).

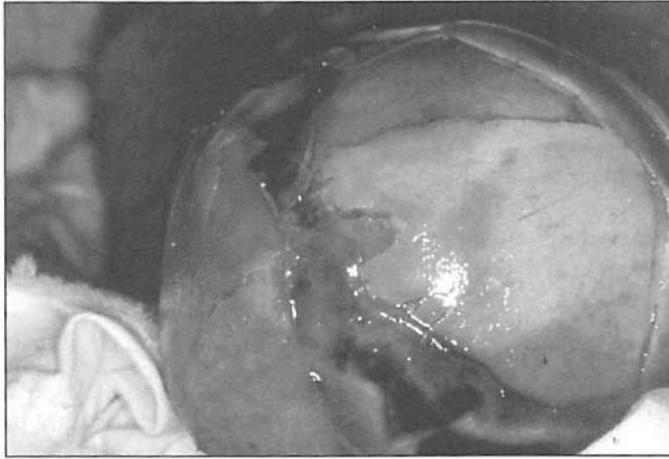
En la Tabla XIII se reproducen algunos de los criterios que se pueden utilizar a la hora de distinguir entre un caso de maltrato y un SIDS (56).

Las figuras 3 y 4 muestran imágenes correspondientes a la autopsia de un recién nacido muerto a manos de su madre quien tras asirlo por los pies lo golpeó contra las paredes de la habitación. La autora de los hechos fue condenada por un delito de infanticidio (figura delictiva ya ausente en el código penal actualmente en vigor).



*Figura 3.* Muerte violenta de un recién nacido.

Aspecto del cadáver en el examen externo, en donde se aprecian importantes contusiones.



*Figura 4.* Muerte violenta de un recién nacido. Los hallazgos de la autopsia de cráneo demostraban la violencia de la agresión (ver fractura).

### III.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Este debe realizarse con las siguientes patologías (20, 25):

#### *Lesiones locales externas:*

- Diátesis hemorrágicas.
- Eritema multiforme.
- Lesiones dermatológicas de tipo eritematoso

#### *Lesiones generales o sistémicas*

- Intoxicaciones por drogas o medicamentos.
- Cuadros febriles de repetición simulando inmunodeficiencia.
- Trastornos metabólicos.

#### *Lesiones óseas*

- Escorbuto.
- Sífilis congénita.
- Osteogénesis imperfecta.
- Hiperostosis cortical infantil.

### III.4. CONSECUENCIAS

Muchos y variados son los resultados que pueden derivarse de las violencias psíquicas y/o físicas. Algunos son susceptibles de recuperación, otros provocan la muerte o bien secuelas irreversibles y definitivas (28, 29).

Entre ellos y de forma muy general destacaremos:

- a) Alteraciones físicas.
- b) Alteraciones psíquicas y deterioro intelectual.
- c) Drogadicción.
- d) Conductas antisociales y delictivas en general.
- e) Tendencia a maltratar a sus propios hijos.
- f) Suicidio.

### III.5. OTRAS FORMAS DE MALOS TRATOS

Bajo este epígrafe incluiremos aquellas variedades del SNM en las que tienen una gran importancia aspectos distintos a los meramente médicos. En ellas todo lo visto anteriormente se diluye ante el protagonismo que toma una realidad social que subyace al propio síndrome clínico en sí y que es finalmente mucho más dramática.

La violencia ya no se genera siempre o de forma preferente en el ámbito familiar, y la posibilidad de realizar un tratamiento y una rehabilitación es mucho más remota.

Nos referimos a (25):

1. Mendicidad.
2. Prostitución.
3. Explotación laboral.
4. Discriminación racial.
5. Maltrato en instituciones (colegios o reformatorios).

Su tratamiento es mucho más amplio y complejo, y su solución escapa ostensiblemente a las posibilidades del profesional de la medicina. Aunque como ciudadano y como persona le comprometan de forma directa.

## IV. ASPECTOS LEGALES

### IV.1. ACTUACIÓN DEL MÉDICO ANTE UN CASO DE MALOS TRATOS

Una vez que de la exploración clínica y de la anamnesis el médico obtiene una fundada sospecha de encontrarse ante un síndrome de malos tratos, se aconseja que se adopten las siguientes medidas (25, 33):

1. Proponer la inmediata hospitalización del niño por un periodo inicial de 24 ó 48 horas, lo cual tiene las siguientes ventajas:
  - a) El Hospital es la institución mejor estructurada para tratar los casos de niños maltratados.
  - b) Si es un médico extrahospitalario el que ordena la hospitalización evitará con ello posibles conflictos con los padres
  - c) Además, la hospitalización no sólo va a permitir tratar adecuadamente las lesiones, sino completar el estudio mediante la colaboración con el laboratorio, radiólogo y asistente social. Al tiempo que sirve de protección al niño para alejarlo momentáneamente del ambiente familiar, evitando así la posibilidad de nuevas agresiones. Esta hospitalización se puede prolongar si no existe la certeza de que el retorno al hogar pueda hacerse con las debidas garantías.
2. Es importantísimo obtener fotografías en color del niño maltratado, ya que servirán para documentar el caso y seguir su evolución.
3. Conversación con los padres, haciéndoles ver la conveniencia de la hospitalización para un mejor seguimiento del niño.
4. Envío de parte de lesiones al Juzgado.

Parece confirmarse por muchos autores que en la práctica no siempre se informa a la autoridad judicial de un posible síndrome de malos tratos, debido a la dificultad diagnóstica y/o al compromiso personal que puede implicar una denuncia de este tipo. Esta segunda actitud nunca será válida, aunque haya médicos que se escudan en el deber del Secreto Profesional, que ya se recogía en el Juramento Hipocrático. Sin embargo, en él, Hipócrates manifestaba literalmente: «lo que en el ejercicio de la profesión, y aún fuera de ella viere u oyere acerca de la vida de las personas y que no deba alguna vez ser revelado, callaré, considerándolo secreto». De la lectura de este párrafo se deduce la relatividad del secreto médico, puesto que se recoge la posibilidad de que la información que el médico obtenga de su acto pueda ser revelada porque así convenga al individuo o la sociedad.

Esta relatividad es la que ha prevalecido en nuestra legislación que recoge una serie de circunstancias en las que el médico está obligado a revelar el secreto:

## *LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL*

Libro II. «DEL SUMARIO».

Título I. «De la Denuncia».

— Art. 259: «El que presenciase la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez...»

— Art. 262: «*Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante.*

*Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa...*

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

De lo anteriormente expuesto se deduce que el médico queda especialmente obligado por la Ley a la denuncia de aquellas lesiones a las que atiende y que puedan ser constitutivas de delito (20, 62, 64). El caso de los malos tratos entra de lleno en esta situación como veremos más adelante.

La contundencia con que el Código Penal actual penaliza al profesional que incumple con su obligación de sigilo (Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal, Título X, Capítulo I: *Del descubrimiento y revelación de secretos*) no puede servir de justificación para no cumplir con la obligación de denuncia. Al fin y al cabo, el mismo Código Penal cuando se refiere a la sanción del descubrimiento y revelación de secretos por parte de la autoridad o funcionario público menciona expresamente «... *fuera de los casos permitidos por ley, sin mediar causa legal por delito...*», sabido es que a estos efectos el médico de la sanidad pública suele considerarse como funcionario y la asistencia sanitaria, en este marco, como una función pública (65).

Por otro lado, el Código penal actual recoge otras conductas delictivas en las que podría incurrir el profesional de la medicina que no denunciara los hechos supuestamente delictivos que conoce en razón de su profesión (Título XX, Capítulo II: *De la omisión de los deberes de impedir delitos o promover su persecución*).

Quedaría así consagrado una vez más el secreto relativo. En las actuales circunstancias el médico debe conocer bien cual es la regulación legal del secreto médico en nuestro país y reflexionar con detenimiento acerca de su actuación en todas aquellas situaciones potencialmente conflictivas.

Las causas por las que los médicos españoles no denuncian las lesiones infantiles han sido estudiadas por Domingo y cols. (65) y en US por Block (20), y ambos estiman que la primera y fundamental es que al estudiante de medicina no se le insiste lo suficiente en la importancia del problema en las disciplinas de Pediatría y Medicina Legal. La segunda causa sería que cuando se diagnostica correctamente la etiología del cuadro, no se procede a su denuncia por miedo a haber errado y por el compromiso que puede suponer el iniciar el mecanismo judicial (por desconfianza en la justicia, miedo a actuar como testigo en el juicio) (20). Además de que

con mayor frecuencia de la deseada existe un desconocimiento del ya mencionado artículo 262 de la L.E.C.

Creemos que la defensa de un niño compensa las posibles incomodidades de tener que acudir a los Tribunales cuando seamos requeridos como médicos para aportar nuestro testimonio.

*Tabla I.* Diferentes sinonimias del «Síndrome del niño maltratado».

LENGUA	VISIÓN ESTRICTA	VISIÓN AMPLIA
Inglesa	Battered Child Syndrome Non-accidental Injury in Children	Child Abuse
Francesa	Síndrome de L'Enfant Battu	

*Tabla II.* Incidencia aproximada del SNM en diversos países (19).

PAÍS	DENUNCIADOS	ESTIMADOS
EEUU	1.500.000	15.000.000
Francia	25.000	250.000
Canadá	5.000	50.000

*Tabla III. Indicadores de riesgo entre los agresores (Comité Nacional de Prevención del Maltrato Infantil en USA, Utah Chapter of the National Committee to Prevent Child Abuse 1999) (<http://bitcorp.net/UCPA/recog.html>).*

<b>Inmadurez</b>	Adultos jóvenes o inseguros, necesitados de cuidados e incapaces de otorgarlos a sus hijos
<b>Ausencia de modelo paterno</b>	Modelos familiares insuficientes o defectuosos
<b>Expectativas poco realistas</b>	No comprenden las fases del desarrollo infantil y esperan comportamientos que nunca ocurrirán
<b>Necesidades emocionales</b>	Malas relaciones con otros adultos lo que ocasiona que los niños se utilicen para compensar necesidades emocionales
<b>Aislamiento</b>	Proyección de sus frustraciones
<b>Drogadicción</b>	Sin especificar
<b>Enfermedad mental</b>	Sin especificar
<b>Falta de control de impulsos</b>	—
<b>Ruptura de la vida normal</b>	Muerte, divorcio, pérdida de trabajo, enfermedades graves
<b>Acúmulo de estrés</b>	Vida caótica, frustraciones acerca del cuidado de los niños, que combinadas con otros factores pueden precipitar el maltrato

*Tabla IV.* Indicadores de riesgo entre las víctimas (Comité Nacional de Prevención del Maltrato infantil en USA o Utah Chapter of the National Committee to Prevent Child Abuse, 1999) (<http://bitcorp.net/UCPA/recog.html>).

<b>Niños cuyo cuidado plantea dificultades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con problemas físicos o mentales</li><li>• Con cólicos</li><li>• Hiperactivos</li><li>• Que demandan especial atención</li><li>• Con problemas de alimentación</li><li>• Prematuros</li><li>• Niños muy brillantes</li><li>• Niños con abusos previos</li></ul>
<b>Niños que son percibidos como difíciles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo no querido por los padres</li><li>• Visto como feo, malo, estúpido, aunque no lo sea</li><li>• Su concepción o nacimiento causó problemas familiares</li><li>• Características personales parecidas a alguien cuyo recuerdo causa dolor</li></ul>

*Síndrome del niño maltratado*

*Tabla V. Factores de riesgo del síndrome de maltrato infantil (19).*

<p>Embarazos Próximos, no deseados Deficiente situación económica y laboral Conflictos matrimoniales: divorcio, Ilegitimidad Padres jóvenes, incompetentes, deficientes mentales Alcoholismo, falta de trabajo Agresividad Incultura</p>
--

*Tabla VI. Mecanismos de producción de sevicias físicas (25).*

<p><b>Contusiones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Golpes con la mano abierta o con objetos contundentes, bastones, látigos, cinturones, toalla, mojada y retorcida, etc.</li><li>• Empujones contra la pared o el suelo.</li><li>• Hacerle caer escaleras abajo.</li><li>• Patadas y puñetazos.</li></ul>
<p><b>Heridas incisas, cortantes, punzantes, etc.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Por navaja, tijeras, cuchillos, agujas y tenedores entre otros instrumentos.</li></ul>
<p><b>Quemaduras</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Derramamiento de líquido hirviendo sobre el niño.</li><li>• Introducción de los pies o las manos del niño en líquido hirviendo.</li><li>• Quemaduras con cigarrillos encendidos.</li><li>• Colocar al niño sobre una estufa encendida.</li><li>• Aplicación sobre las palmas de las manos de cucharas incandescentes.</li></ul>

Tabla VII. Estadios evolutivos de los equimosis (18, 25).

COLOR DE LA LESIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
Rojo Rojizo-Azul	Menos de 24 horas
Púrpura negruzco Azul muy oscuro	2 a 4 días
Verdoso Amarillo-verde	5 a 7 días
Amarillento Oscuro	7 a 10 días
Desaparición	de 1 a 3 semanas

Tabla VIII. Algunas características de las quemaduras que pueden orientar hacia la etiología intencional.

	NO ACCIDENTAL	PROBABLEMENTE ACCIDENTAL
<b>Historia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atribuida a hermanos</li> <li>• El niño es llevado a urgencias por un adulto que no es de la familia</li> <li>• Disintas versiones</li> <li>• Antecedentes</li> <li>• Lesiones incompatibles con la historia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia compatible con lo que se observa</li> </ul>
<b>Localización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glúteos, zona anogenital, tobillos, muñecas, palmas, plantas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la parte frontal, de acuerdo con la capacidad motora del niño</li> </ul>
<b>Patrón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bordes bien definidos (en calcetín o guante, etc.), simétricas</li> <li>• Gran grosor, incluso músculo</li> <li>• Más antiguas de lo que se dice y diferentes cronologías</li> <li>• Mal cuidadas, infectadas</li> <li>• Forma del objeto con el que se infligieron</li> <li>• Grado de las quemaduras es uniforme, cubre gran área</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profundidad variable, zonas sanas intercaladas con zonas afectadas</li> <li>• Grosor parcial, más superficiales</li> <li>• Asimétricas</li> <li>• Aparentemente solo ha ocurrido un evento lesivo, todas las lesiones de la misma edad</li> </ul>

*Síndrome del niño maltratado*

*Tabla IX. Lesiones habituales de los niños que caen de la cuna (33).*

- 80% No lesiones
- 18% Un golpe o corte único
- 1% Fractura craneal lineal única
- 1% Fractura reciente en brazo o hombro

*Tabla X. Signos y síntomas clínicos sospechosos de lesión abdominal (33).*

- Vómitos (material verdoso o sangre)
- Fiebre
- Shock (hemorragia interna)
- Hematuria
- Quejas de dolor estomacal

*Tabla XI. SNM por agentes químicos (19, 25).*

<b>AGENTES MÁS FRECUENTES</b>		
Fenotiacina	Exceso de vitamina A	Salicilatos
<b>Tranquilizantes</b>	Hidrato de Cloral	Soluciones iv. contaminadas
Aceite de Pino	Imipramina	Dihidrocodeinona
Amitriptilina	Furosemida	Hortotriptilina
Clordeldina	Clorpromacina	Amobarbital sódico
Diacepam	Secobarbital sódico	Clortalidona
Metacualona	<b>Insulina</b>	Fenofaleina
<b>Exceso de agua</b>	Warfarina	<b>Exceso de sal</b>
Glucosa	Leche diluida	Perfenacina
Pimienta	<b>Barbitúricos</b>	Agua de manguera

En negrita se señalan los más frecuentemente utilizados.

*Tabla XII.* Algunos de los indicadores emocionales y/o de comportamiento sugestivos de maltrato que se observan habitualmente en las víctimas (Comité Nacional de Prevención del Maltrato Infantil en USA, Utah Chapter of the National Committee to Prevent Child Abuse 1999) (<http://bitcorp.net/UCPA/recog.html>).

**Indicadores físicos:**

- Bajo peso, talla baja
- Hambre, poca higiene, ropa inadecuada
- Falta de supervisión, sobre todo durante la realización prolongada de actividades peligrosas
- Pérdida de tejido subcutáneo
- Problemas físicos no atendidos o necesidades médicas
- Abandono
- Distensión abdominal
- Paclas de alopecia

**Indicadores de comportamiento:**

- Anormalidades severas de peso y altura
- Alteraciones del desarrollo y aprendizaje (no sabe usar retrete, no socialización, etc.)
- Fallos no orgánicos, apatía, depresión, etc.
- Absentismo escolar
- Denuncias de abandono
- Tendencias antisociales
- Suciedad crónica
- Ropas inapropiadas para la climatología
- Sólo llevan al colegio golosinas para comer o hay frecuentes «olvidos» de su comida

La presencia de uno de estos indicadores sería suficiente para promover una investigación.

*Síndrome del niño maltratado*

**Tabla XIII.** Criterios para distinguir la muerte súbita del lactante de la muerte por maltrato infantil o por otras circunstancias médicas (33).

	<b>CONSISTENTES CON SIDS</b>	<b>MENOS CONSISTENTES CON SIDS</b>	<b>MUY SUGESTIVOS DE MALTRATO</b>
<b>Circunstancias que rodean la muerte</b>	-Niño sano y bien alimentado en la cuna -Se le encuentra muerto -Servicios médicos no son capaces de resucitarlo	-Se le encuentra sin respirar, se le transporta al hospital y vive horas o días -Historia familiar de enfermedad o de maltrato	-Datos discrepantes o no claros. -Intervalo prolongado entre la hora de dormir y la muerte
<b>Edad</b>	Pico: 2-4 meses (90% >7 meses, rango 1-12 meses)	8-12 meses	>12 meses
<b>Examen físico y laboratorio en la muerte</b>	-Descarga nasal de diferente naturaleza -Lividesces, marcas de presión, no trauma, niño bien cuidado	-Organomegalias, signos de enfermedad	-Heridas, traumatismos en párpados, calota, orejas, mucosa bucal, cuello, ano, genitales, extremidades, tronco, hemorragias retina -Malnutrición
<b>Historia tocológica y de la infancia</b>	-Muy variable -Tabaquismo, partos múltiples o prematuros, historia de enf. respiratoria, reflujo, hospital, poca ganancia estatura-ponderal	-No diferencias con anterior -Historia de hospitalizaciones recurrentes, diagnóstico de enfermedad previa	-No deseos, pocos cuidados prenatales, madre despreocupada, no vacunaciones, madre alcohol, tabaco o drogas, niños descritos como indisciplinados -Malnutrición
<b>Escena de la muerte</b>	-En la cuna, sin peligros, buena descripción de cómo estaba el niño, buenas condiciones ambientales	-Cuna descuidada, ropa y juguetes peligrosos, evidencias de que no dormía solo, malas cond. sanitarias o ambientales, pesticidas o tóxicos	-Caos, alcohol, drogas en los cuidadores, ropas manchadas de sangre, evidencia de hostilidad o violencia, acusaciones entre los cuidadores
<b>Antecedentes de muerte en la familia</b>	-No	-Puede haber uno	-Más de un antecedente
<b>Autopsia</b>	-No causa clara, a veces sutiles cambios en hígado (graso, focos anormales de hematopoyesis)	-Cambios sutiles en hígado, suprarrenales y miocardio	-Traumas, alteraciones metabólicas y bioquímicas, tóxicos
<b>Hubo necesidad de protección anteriormente</b>	-Nunca	-Raro (una vez)	-Dos o más veces, familiares en prisión

SIDS= síndrome de muerte súbita del lactante.

DIRECCIONES DE INTERÉS:

- American Professional Society on the Abuse of Children  
<http://www.apsac.org>
- Missing and Exploited Children's Training Programs  
<http://www.foxvalley.tec.wi.us/ojdp>
- National Center for Missing and Exploited Children  
<http://www.missingkids.org>
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information  
<http://www.calib.com/nccanch>.

BIBLIOGRAFÍA

1. HENRÍQUEZ ESQUIROZ JM .Antecedentes Históricos del Maltrato Infantil. En Calvo Rosales J, Calvo Hernández JR (eds.). El niño maltratado. Madrid: Cea, 1986: 7-8.
2. FEIGELSON CHASE N. Un niño ha sido golpeado. La violencia contra los niños, una tragedia moderna. Méjico: Diana, 1979: 243-253.
3. ARISTÓTELES, citado en: KNIGHT B. The history of child abuse. For Sci Int 1986; 30: 135-141.
4. ZACCHIA, citado en: CASTELLANO ARROYO M. Patología Forense de la infancia. En GISBERT CALABUIG JA (ed.). Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Salvat, 1991: 408-411.
5. ALARCÓN C, FERREMBACH C, WANGER D. Los niños maltratados. Un problema oculto. IX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, 1981.
6. TARDIEU A. Etude Médico-Légales sur les sévices et mauvais. Craitements exercés sur les enfants. Ann Hyg Publ Med Leg 1986; 13: 361-398.
7. SMITH SM. The Battered Child Syndrome. London: Butterworths, 1975.
8. BERNI y CATALA J. Apuntamientos sobre las Leyes de Partida. Valencia: Gerónimo Conejos, 1750: 33.
9. EGLANTINE GEBBS, citado en: HENRÍQUEZ ESQUIROZ JM. Antecedentes Históricos del Maltrato Infantil. En Calvo Rosales J, Calvo Hernández JR (eds.). El niño maltratado. Madrid: Cea, 1986: 7-8.
10. PARÍSOT citado en: HENRÍQUEZ ESQUIROZ JM. Antecedentes Históricos del Maltrato Infantil. En Calvo Rosales J, Calvo Hernández JR (eds.). El niño maltratado. Madrid: Cea, 1986: 7-8.
11. CAFFEY J. Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural haematoma. Amer J Roentgenol 1946;56:163-188.

12. SILVERMAN FN. The Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Amer J Roentgen* 1953; 69 (3): 413-417.
13. CAFFEY J. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations: clinical and radiological fractures. *Br J Radiol* 1957; 30 (353): 225-238.
14. CAFFEY J. Significance of the history in the diagnostic of the traumatic injury to children. *Pediatrics*, 1965; 67: 1008-1014.
15. KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE BF, DROEVEMUELLER W, SILVER HK. The battered child syndrome. *J Amer Med. Assoc* 1962; 181: 17-24.
16. GIL DG. Violence against children: physical child abuse in the United States. Cambridge: Harvard University Press, 1970.
17. SAN MARTIN H. Salud y Enfermedad. Méjico: La Prensa Médica Mexicana, 1983.
18. GIBBERT CALABUIG JA. Medicina Legal y Toxicología. 3.<sup>a</sup> ed. Valencia: Fundación García-Muñoz, 1985.
19. DELGADO A, GÁRYTE J, SANTOLAYA JM, SOBRADILLO B, RODRÍGUEZ JM. Síndrome del niño maltratado. *Medicine*, 1987; 85: 47-54.
20. BLOCK RW. Child Abuse-controversies and imposters. *Curr Probl Pediatr* 1999; 29 (9): 249-272.
21. STRAUSS P, GIRODET D, VEZIN S. De L'accident méconnu au sévices. Contribution au diagnostique du «Syndrome de Silverman». *Rev Péd* 1972; 19: 651-659.
22. CHRISTOFFEL K, LIV K, STAMLER J. Epidemiology of fatal child abuse. *J Chron Dis* 1981; 34: 57-64.
23. MORIN M, MIMOUNI M, CRONIER J, COURPOTIN C. A propos d'un cas du syndrome de Silverman chez un tout petit. *Syndrome des enfants battus. Rev Péd* 1973; IX: 507.
24. SÁNCHEZ MOISO, M. E. Padres torturadores. En Corominas J, Farre JM. (eds.). *Contra la Tortura*. Barcelona: Fontanella, 1978: 124-137.
25. CALVO ROSALES J, CALVO HERNÁNDEZ JR. El niño maltratado. Madrid: Cea, 1986.
26. Los Malos Tratos (Editorial). *Infancia y Sociedad* 1990; 2: 75-91.
27. CAFFEY J. The parents infant traumatic stress syndrome (Caffey-Kempe Syndrome) (Battered Child Syndrome). *Am J Roentgenl Radium Ther Nucl Med* 1972; 114: 217-219.
28. SIMPSON K. Child Abuse. The battered baby En Mant, K. (ed.). *Modern Trends in Forensic Medicine*. London: Butterworth & Co, 1973: 19-42.
29. MIR MARÍN MA. Malos Tratos Infantiles. Valoración Médico-Legal de la Actitud de los Médicos ante este Problema en Aragón. (Disertación). Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 1990.
30. CAMERON JM, JOHNSON HRM, CAMPS FF. The battered child syndrome. *Med Sci Law*, 1966; 6: 2-21.
31. JOHNSON CF, SITOWERS J. Injury variables in child abuse. *Child Abuse Negl* 1985; 9: 207-215.
32. KAIRYS SW, ALEXANDER RC, BLOCK RW, EVERETT VD, HYMEI KP, JOHNSON GA, HOLMBERG RE, LAVIN A, TAYLOR DTJR, VARRASSO DA, WOOD DL. American

- Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Community Health Services. Investigation and review of unexpected infant and child deaths. *Pediatrics* 1999; 104: 1158-1160.
33. Child Abuse and Exploitation. Investigative Techniques. Glynco, Georgia: Department of the Treasury, Federal Law Enforcement Training Center, 1997.
  34. KEMPE RS, KEMPE CH. Niños maltratados. Madrid: Morata, 1979.
  35. ARROYO URIETA G. Sevicias en la infancia. *Tiempos Médicos* 1985; 286: 9-18.
  36. GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*. 5.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 1998.
  37. JOHNSON CF, KAUFMAN KL, CALLENDER C. The hand as a target organ in child abuse. *Clin Pediatr Phila* 1990; 29: 66-72.
  38. GISBERT CALABUIG JA, CASTELLANO ARROYO M. *Medicina Legal de la Infancia. Aspectos Penales*, En Gisbert Calabuig, JA (ed.). *Medicina Legal y Toxicología*. 5.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 1998: 575-585.
  39. BENSTEAD JG. Shaking as a culpable cause of subdural haemorrhage in infants. *Med Sci Law* 1983; 23: 242-244.
  40. KOTTMEIER PK. The battered child. *Pediatr Ann* 1987; 16: 347-351.
  41. LEETSMA JE. *Neuropathology of Child Abuse*. En *Forensic Neuropathology*. New York: Raven Press, 1988: 333-356.
  42. FRIENDLY DS. Ocular aspects of physical child abuse. En Harley, RD (ed.). *Pediatric Ophthalmology*. New York: W. B. Saunders, 1983: 9-19.
  43. NELSON LB, PARLATO CJ. Systemic and Ophthalmic Manifestations of Child Abuse. En Tasman W, Jaeger, EA (eds.). *Duane's Clinical Ophthalmology*, 1990; Vol. 5: 1-9.
  44. PHILLIPPART AI. Blunt Abdominal Trauma in Childhood. *Surg Clin North Am* 1977; 57: 151-163.
  45. SHAPS Y, FRAND M, ROTEM Y, TIROSM M. The Chemically abused Child *Pediatrics* 1981; 69:119-121.
  46. DINE MS, MCGOVERN ME. Intoxicación intencionada de los niños. Una forma poco conocida de malos tratos. Comunicación de siete casos y revisión de la Literatura. *Pediatrics* (ed. esp) 1982; 14: 33-37.
  47. KEMPE CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem. *Pediatrics* 1978; 62 (3): 382-389.
  48. DE FRANCIS V. *Protecting the child victim of sex crimes*. Denver: American Humane Association, 1969.
  49. SERAFINO EP. An Estimate of nation wide incidence of sexual offences against children. *Child Welfare*, 1979; 15: 127-134.
  50. BANASCHAK S, BRINKMANN B. The role of clinical forensic medicine in cases of sexual child abuse. *Forensic Sci Int*, 1999; 22 (2): 85-91.
  51. GOITI JJ. Abuso Sexual Infantil. *Jano* 1988; 818: 29-30.
  52. ECKERT WG. The Other Side of Child Abuse and Sexual Molestation. *Am J Forensic Med Pathol* 1986; 7: 91-93.
  53. HERMAN-GIDDENS ME, FROTHINGAHM TE. Prepuberal Female Genitalia: Examination for Evidence of Sexual Abuse. *Pediatrics* 1987; 80: 207-215.

54. LLAMAS URRUTIA C. Niños Maltratados. Un problema de todos. *Rol* 1988; 11 (115): 41-48.
55. MÁLAGA S, SANTOS F, SUÁREZ MD. Síndrome de Münchhausen en la Infancia. *Med Clin* 1984;83:471-472.
56. MEADOW R. Münchhausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-98.
57. JIMÉNEZ JL, ANCHÚSTEGUI C, GONZÁLEZ-PINTO A, GARCÍA R, ALONSO M. Síndrome de Münchhausen por Poderes. Consideraciones sobre su diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Pediatr* 1986; 42: 411-420.
58. DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ JM, ROMERO PALANCO JL. Comentarios sobre el síndrome de malos tratos infantiles. *Rev Esp Pediatr* 1975; 185: 755-773.
59. FONTANA FJ. The Maltreatment Syndrome in Children. *New Engl Medicine* 1963; 269 (26): 1389-1394.
60. DORANDEU A, PERIE G, JOUAN H, LEROY B, GRAY F, DURIGON M. Histological demonstration of haemosiderin deposits in lungs and liver from victims of chronic physical child abuse. *Int J Legal Med* 1999; 112 (5): 280-286.
61. Recognizing when a child's injury or illness is caused by abuse. Washington D.C.: US Department of Justice. Office of Justice Programs, 1997.
62. Battered Child Syndrome: Investigating Physical Abuse and Homicide. Washington D.C.: US Department of Justice. Office of Justice Programs, 1997.
63. CASTELLANO M. Síndrome de Muerte Súbita Infantil. *Ciencia Forense*, 1999; 1: 55-66.
64. GISBERT CALABUIG JA, CASTELLANO M. El Secreto Médico. Confidencialidad e Historia Clínica. En Gisbert Calabuig JA (ed.). *Medicina Legal y Toxicología*. 5.ª ed. Barcelona: Masson, 1998: 76-86.
65. DOMINGO F, DARGALLO J, MARTÍNEZ A. Comentarios a la estadística judicial española de malos tratos a los niños. *Actas XXXVI Congrès International de Langue Française de Médecine Légale et de Médecine Sociale*. Granada, 1981; Vol. I: 853-861.

## MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL

EMILIO ABECIA MARTÍNEZ\*

**Resumen:** Las lesiones oculares aparecen hasta en el 40% de los niños maltratados y, por ello, el papel del oftalmólogo a la hora del diagnóstico correcto e identificación de estos casos —que todavía son infradenunciados— es realmente importantísimo. Cuando el maltrato adopta la forma de síndrome del niño zarandeado la relevancia de ese papel es todavía mayor, dada la escasez de signos externos expresivos de violencia. En estos casos las hemorragias retinianas constituyen una lesión altamente sospechosa, por lo que el oftalmólogo especializado en niños debería ser consciente de esta posibilidad a fin de favorecer la detección de estas situaciones. En este trabajo se realiza una revisión de las lesiones oculares que con mayor frecuencia aparecen en los niños maltratados y del diagnóstico diferencial a llevar a cabo con respecto a los mecanismos de las hemorragias retinianas.

**Palabras clave:** Hemorragias retinianas. Maltrato infantil. Sevicias. Síndrome del niño zarandeado. Traumatismos oculares. Lesiones no accidentales en niños.

**Abstract:** Child abuse is a very common problem and ocular manifestations are present in almost 40% of the cases. The detection of non accidental injuries in children is still poor and the role of the paediatric ophthalmologist is therefore very important. When it comes to a variety of child abuse which is known as the shaken baby syndrome the situation becomes more complicated. Diagnosis can be difficult and retinal haemorrhages are described as the few suspicious marks of the violence. In this paper the most frequent ocular injuries related to this syndrome are reviewed and a differential diagnosis of the pathogenesis of retinal hemorrhages is performed in order to help to the better detection and report of child abuse cases.

**Key-words:** Child abuse. Retinal haemorrhages. Non-accidental child injury. Shaken-baby syndrome. Ocular injuries.

---

\* Especialista en Oftalmología. Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario «Miguel Servet» de Zaragoza.

## I. INTRODUCCIÓN

Bajo el epígrafe «malos tratos infantiles» se incluyen todas las formas de agresión al menor infligidas por sus padres o cuidadores, desde la falta de atención, los abusos sexuales, el maltrato emocional y psíquico hasta el síndrome de Munchausen por poderes (1). Se trata de un problema grave, que en EE.UU. afecta al 1% de los niños, ocasionando unas 4.000 muertes por año y siendo la causa del 95% de las lesiones intracraneales severas en los menores de un año. No hay ninguna capa social ni un solo grupo racial que quede libres de este problema, aunque su aparición es más frecuente en familias con bajos ingresos, con malos tratos concomitantes a la madre y con problemas con el alcohol (2, 3).

El diagnóstico de esta entidad es importante, ya que hasta el 5% de los niños que retornan al mismo ambiente llegan a morir y otro 25% sufre lesiones de gravedad (2).

Su forma clínica ha ido cambiando en los últimos 25 años, ya que en un principio se trataba con más frecuencia de niños mal cuidados con múltiples fracturas y en la actualidad se observan más a menudo niños con lesiones severas debidas a actos violentos impulsivos (4).

La presencia de lesiones oculares en este síndrome aparece descrita por vez primera en la literatura médica en 1964; se trataba de un niño con múltiples fracturas craneales y hemorragia intracraneal junto con cataratas y desprendimiento de retina bilateral (5). El 40% de los niños maltratados sufre lesiones oculares (6). Éstas se presentan en varias formas, pero las más frecuentes son las asociadas a daño cerebral tras zarandeo, sin necesidad de lesiones por impacto. Se podría afirmar que «la presencia inexplicable de hemorragias retinianas en un niño menor de tres años, en ausencia de signos externos de trauma craneoencefálico, debe considerarse como diagnóstico de maltrato infantil, mientras no se demuestre lo contrario» (7). Esta aseveración nos conduce necesariamente a aclarar una serie de puntos importantes desde un punto de vista médico-legal.

## II. MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL

El espectro de las lesiones oculares es muy amplio, pudiendo producirse en todas las localizaciones y con diferentes grados de severidad. La Tabla 1 muestra las manifestaciones oculares más frecuentes (6, 8, 9).

### *Lesiones externas*

Las consecutivas a traumatismos directos tienen lugar sólo en el 20-25% de los casos. Los signos externos incluyen equimosis, laceraciones, abrasiones y quemaduras de los tejidos periorbitarios. Son difíciles de diferenciar de las lesiones accidentales, y se deben sospechar cuando se presenten incongruencias en el relato de los hechos o haya lesiones en diferentes estadios evolutivos. Recientemente se han publicado casos de lesiones palpebrales secundarias a pegamento («superglue lids»), en los que se ha demostrado la etiología no accidental (10, 11).

### *Lesiones conjuntivales*

Las hemorragias conjuntivales aparecen en el 4-10% de las ocasiones. Hay que puntualizar que se presentan en el 1,7% de los neonatos de forma secundaria a traumas sufridos durante el periodo expulsivo, por lo que debemos sospechar maltrato cuando aparezcan después de la segunda semana.

Menos frecuentes, aunque se han registrado, son las conjuntivitis recurrentes bilaterales por instilación de sustancias químicas.

### *Lesiones del segmento anterior*

Éstas son poco frecuentes y habitualmente secundarias a traumatismos directos y en casi todos los casos se acompañan de lesiones en otras localizaciones oculares y/o no oculares. Por este motivo el diagnóstico etiológico de maltrato infantil debe sospecharse ante la presencia de lesiones traumáticas agudas y «crónicas». Se han descrito casos similares a un glaucoma congénito, ectopias cristalinas, alteraciones corneales, defectos pupilares, etc.

### *Lesiones vitreoretinianas*

Son las más frecuentes dentro del síndrome, principalmente las hemorragias retinianas que se asocian a hemorragias intracraneales (hematoma subdural). Su aspecto y gravedad varían considerablemente, pudiendo ser pequeñas y en forma de llama o mucho más extensas. Fueron Gilkes y Mann (12) quienes propusieron que la asociación de hemorragia intraocular y hematoma subdural podía ser consecuencia de un maltrato infantil, postulando que el origen de la hemorragia intraocular podía ser debido no sólo a cambios secundarios a la hemorragia intracraneal, sino también compresión torácica o a fuerzas centrífugas por las sacudidas a las que son sometidos estos niños. Más tarde se ha propuesto que las sacudidas producen movimientos de adelante-atrás y de lado-a-lado de la cabeza que se acompañan de aceleraciones y desaceleraciones bruscas, lo que se ve facilitado por la laxitud de la musculatura cervical en el niño (13-17).

Se ha estimado que la frecuencia de aparición de hemorragias intraoculares es del 50 al 80% de los «niños zarandeados», pudiéndose añadir hasta un 20% más de casos monoculares (14).

La hemorragia vítrea suele deberse en la mayoría de ocasiones a ruptura de hemorragias subhialoideas grandes y aparece de días a tres semanas después de la agresión, pudiendo ser valioso en la determinación de la data. Algunos autores han puesto de manifiesto la importancia de la determinación de hemosiderina en el vítreo como marcador de la existencia de hemorragias intraoculares, ante muertes en las que se sospechó la existencia de maltrato (18).

A menudo estas hemorragias dejan alteraciones pigmentarias en la retina, pudiendo también evolucionar a cicatrices maculares o desprendimientos traccionales de retina.

Kiffney fue el primero en publicar la aparición de diálisis y de desprendimientos regmatógenos de retina directamente provocados por la agresión (5), aunque las lesiones vitreoretinianas diferentes de las hemorragias se asocian casi constantemente con otros hallazgos (19). Es también frecuente la formación de pliegues perimaculares o peripapilares.

#### *Lesiones del nervio óptico*

Éstas consisten fundamentalmente en papiledema y atrofia óptica como consecuencia del daño cerebral, aunque también se han descrito hemorragias de las cubiertas del nervio.

### III. VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL

A la hora de valorar desde un punto de vista médico-legal las hemorragias intraoculares, fundamentalmente retinianas, debemos plantearnos una serie de cuestiones (3). Las respuestas a las mismas nos serán de gran ayuda en el diagnóstico diferencial.

#### *1. ¿Qué fuerzas son necesarias para provocar lesiones oculares en ausencia de impacto directo?*

Es posible que la acción de la aceleración-desaceleración se transmita al vítreo y que éste a su vez traccione de la retina, ocasionando el sangrado. Estas fuerzas aparecen sin necesidad de trauma directo sobre el globo ocular (20). El papel de la elevación de la presión intracraneal no ha sido demostrado. Hay evidencias de que la aceleración angular sin impacto directo es capaz de producir hemorragias. Algunas de ellas son la eyección en los aviones, la práctica de «puenting» (desaceleraciones de más de 40G) e incluso la propia confesión en las causas por «niños zarandeados» (21-23). Además existe evidencia de que las hemorragias retinianas no se suelen asociar a traumatismos accidentales, a no ser que sean extremada-

mente severos (en algunas series publicadas sólo el 1% de los niños que sufrieron accidente con lesiones cefálicas presentaron hemorragias retinianas) (23).

2. *¿Se requiere un impacto directo para provocar lesiones oculares severas?*

Posiblemente sea así, aunque en muchas ocasiones la lesión cefálica puede estar oculta. No obstante, existen casos en los que no hay tal impacto (hasta el 50% en alguna serie) (20, 24). Podemos decir que el impacto directo contribuye a sumar severidad al cuadro, sin que sea imprescindible su presencia.

3. *¿Cuál es la localización y extensión de las hemorragias retinianas en el niño maltratado?*

En los estudios clínicos es difícil observar la periferia retiniana, pero las autopsias demuestran que la localización más frecuente es la periférica, seguida por las maculares y peripapilares y por último por las ecuatoriales. Se afectan todas las capas de la retina y se ha llegado a establecer que cuando la superficie que ocupan las hemorragias excede el 20-30% del total de la retina la etiología más frecuente es el zarandeo, aunque el estudio carecía de grupo control (25).

4. *¿Existe alguna lesión ocular patognomónica de maltrato infantil?*

Las hemorragias retinianas severas y la aparición de pliegues perimaculares son hallazgos muy típicos, pero no patognomónicos. Podemos asegurar que su origen más probable es el niño zarandeado, asimismo la aparición de retinosquisis o quistes hemorrágicos en la retina son mucho más frecuentes en los niños maltratados que en los accidentes (26-28).

5. *¿Aumentan las hemorragias tras el trauma?*

El aumento en el tamaño de las lesiones observadas puede deberse a un error en la observación o pueden indicar que las lesiones cerebrales asociadas se van incrementando o que se repiten las agresiones o incluso que se ha producido una extensión de la lesión por contigüidad (29).

6. *¿Pueden ocasionar los traumas accidentales hemorragias retinianas?*

Las hemorragias retinianas tras accidentes son raras y se deberían a traumas muy severos. Esta severidad provocaría lesiones asociadas, como fracturas de cráneo o daño intracraneal severo (30-32).

7. *¿Cuánto duran las hemorragias del nacimiento?*

Las hemorragias retinianas del parto son frecuentes, apareciendo entre el 2,6-59% de los casos, dependiendo de las series. Se han descrito hasta cuatro patrones: superficiales, intrarretinianas, prerretinianas y subretinianas (33). Suelen desaparecer con rapidez, entre 24 horas y pocos días, siendo las mayores las que permanecen más tiempo. Durante las primeras 48 horas desaparecen la mitad de las hemorragias, tardando hasta 120 horas el 2,6%; se ha descrito una que duró seis semanas (34).

8. *¿Son compatibles las hemorragias unilaterales con el maltrato infantil?*

Sí, ya que no son infrecuentes. Hay diferentes series que publican la aparición de hemorragias unilaterales entre el 30-40% de los casos. De todos modos esta unilateralidad también aparece en traumatismos accidentales u otras situaciones (35, 36).

9. *¿Siempre aparecen lesiones hemorrágicas oculares cuando hay daño cerebral?*

Aunque hay una estrecha correlación entre la severidad de las hemorragias retinianas y las lesiones cerebrales, a veces es difícil estimar incluso si existe el daño cerebral en los primeros estudios mediante imagen (TC) (37). Podemos decir que entre el 11-39% de los niños maltratados con daño cerebral no tienen hemorragias retinianas (38).

10. *¿Las diátesis hemorrágicas producen lesiones similares, qué otros problemas pediátricos producen hemorragias retinianas, papel de las convulsiones, de resucitación cardio-pulmonar, vómitos, etc.?*

A pesar de la existencia de discrasias sanguíneas, no es frecuente la aparición en estos niños de hemorragias intraoculares. Debemos no obstante tener en cuenta que los niños maltratados pueden presentar problemas sanguíneos ocasionados por el propio maltrato, por lo que son situaciones no excluyentes (4, 39-47).

Las hemorragias retinianas se pueden asociar a diferentes problemas pediátricos:

- Leucemia: 10% de los niños con leucemia tienen hemorragias intraretinianas y el 3% presentan centro blanco.
- Enfermedad hemorrágica del recién nacido: no parece haber relación con la aparición de hemorragias retinianas.
- Retinopatía del prematuro, retinopatía en la anemia de células falciformes: se diferencian por sus hallazgos asociados.
- Tratamiento con oxigenación extracorpórea por membrana: algunos pacientes presentan hemorragias retinianas, aunque no parecen relacionadas con este procedimiento.
- Galactosemia, drusas del nervio óptico, esclerosis tuberosa, retinosis asociada a cromosoma-X: en casos severos se describen hemorragias vítreas.
- Púrpura de Henoch-Schönlein: aparecen hemorragias puntiformes transitorias en el 20% de los niños afectados.
- Madre cocainómana: hemorragias del neonato que pueden permanecer durante más tiempo, tener en cuenta que estos niños tienen más riesgo de sufrir maltratos.
- Patología intracraneal: el papiledema crónico puede ocasionar la aparición de hemorragias peripapilares y las elevaciones agudas de

la presión intracraneal produce hemorragias intrarretinianas diseminadas.

- Otras situaciones: meningitis meningocócica, cirugía intraocular, hipertensión severa, malformaciones vasculares intracraneales.

Las convulsiones son una causa extremadamente rara de aparición de hemorragias intraoculares, con una frecuencia menor del 5/100. Lo mismo puede ser aplicado a los vómitos, resucitación cardiopulmonar, etc.

11. *¿Dependen de la edad?*

Sí. Las hemorragias retinianas aparecen con más frecuencia en los niños menores de un año (48).

12. *¿Se pueden datar los malos tratos mediante la observación de las hemorragias?*

En el interior del ojo las hemorragias no sufren los cambios de color típicos de los hematomas cutáneos, esto hace muy difícil calcular la fecha de producción de las lesiones con un margen de días. No obstante, podemos tener una idea aproximada, ya que la aparición de una placa hemática de color marrón-amarillento la sitúa aproximadamente en un mes, si además se acompaña de lesiones de colores más rojos, podemos asegurar la repetición de las agresiones en el tiempo (4).

En general cuanto más pequeña sea la hemorragia, antes desaparecerá, pudiendo permanecer las lesiones mayores incluso meses, dejando daño retiniano residual.

La aparición de hemosiderina en una lesión hemorrágica se inicia a las 48 horas, sin embargo este dato es de difícil aplicación médico-legal en las lesiones oculares porque no hay estudios acerca del comportamiento en este sentido de estas hemorragias, ni referencias acerca de la hemosiderina producida por las hemorragias del neonato (posiblemente desaparezca en 6-8 semanas tras el nacimiento) (18, 49).

## CONCLUSIONES

La frecuente aparición de lesiones oftalmológicas en el niño maltratado, principalmente hemorragias intraoculares, hace que los oftalmólogos que atienden a estos niños tengan un papel fundamental en el manejo de este síndrome. A partir de sus hallazgos se puede poner en marcha la maquinaria judicial, iniciándose una investigación, o bien confirmar una sospecha. Además, el estudio de las características de las hemorragias (frecuencia de aparición en el niño maltratado frente al niño con traumatismo accidental, tamaño, evolución, etc.) pueden aportar datos importantes desde una perspectiva médico-legal.

*Tabla 1. Manifestaciones oftalmológicas más frecuentes dentro del síndrome del niño maltratado.*

Hemorragias intraoculares: retinianas, prerretinianas, vítreas
Edema o equímosis periorbitaria
Desprendimientos y diálisis retinianas
Atrofia coroidea
Catarata
Subluxación del cristalino o midriasis traumática
Papiledema
Hemorragia subconjuntival
Esotropía
Opacidades corneales y nistagmus
Atrofia óptica

## BIBLIOGRAFÍA

1. BLOCK SS. Analysis of child abuse and neglect. *Optom Clin*, 1996; 5: 125-160.
2. SCHIMMITT BD, KRUGMAN RD. Abuse and neglect of children. En Behrman (ed.). *Nelson's Textbook of Pediatrics*. Filadelfia: WB Saunders, 1992.
3. ANDREWS AP, QUILLEN DA. Ocular manifestations of child abuse. *Pa Med*, 1996; 127: 7 1-75.
4. Child abuse and the eye. The Ophthalmology child abuse working party. *Eye*, 1999; 13: 3-10.
5. KIFFNEY GT. The eye of the battered child. *Arch Ophthalmol*, 1964; 72: 231.
6. COLLINS MLZ, NELSON LB, PARIATO CJ. Ophthalmic and systemic manifestations of child abuse. En: Tasman W, Jaeger EA (eds.) *Duane's Clinical Ophthalmology*, vol 5. Filadelfia: J. B. Lippincott Company, 1994.
7. EISENBREY AB. Retinal hemorrhage in the battered child. *Childs Brain*, 1985; 5: 40-44.
8. HARLEY RD. Ocular manifestations of child abuse. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 1980; 17: 5-13.
9. MARCUS DM, ALBERT DM. Recognizing child abuse. *Arch Ophthalmol*, 1992; 110: 766-767.
10. AWAN KJ. Accidental and abusive aspects of cyanoacrylate adhesive. *Pak J Ophthalmol*, 1987; 3: 73-74.

11. LANDERS A, BELFER KFE, JENKINS AD. Superglue lids: possibly non-accidental and a medico-legal problem. *Eye*, 1996; 30: 402-403.
12. GILKES MJ, MANN TP. Fundi of battered babies. *Lancet*, 1967; 2: 468.
13. CAFFEY J. The whiplash-shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*, 1974; 54: 396-403.
14. LUDWIG S, WARMAN M. Shaken baby syndrome. A review of 20 cases. *Ann Emerg Med*, 1984; 13: 104-107.
15. DUHAIME AC, GENNARELLI TK, THIBAUT LE, BRUCE DA, MARGULIES SS, WISER R. The shaken baby syndrome: a clinical, pathological and biomechanical study. *J Neurosurg*, 1987; 66: 409-415.
16. BRUCE DA, ZIMMERMAN RA. Shaken impact syndrome. *Pediatr Ann*, 1989, 18: 482-489.
17. GREENWALD M. The shaken baby syndrome. *Semin Ophthalmol*, 1990; 5: 202.
18. GILLILAND MGF, LUCKENBACH MW, MASSICOTTE SJ, FOLBERG R. The medicolegal implications of detecting hemosiderin in the eyes of children who are suspected of being abused [letter]. *Arch Ophthalmol*, 1991; 109: 321-322.
19. GONZALES CA, SCOTT IU, CHAUDRY NA, OSTER A. S, HESS DT, MURRAY TG. Bilateral rhegmatogenous retinal detachments with unilateral vitreous base avulsion as the presenting signs of child abuse. *Am J Ophthalmol*, 1999; 127: 475-476.
20. GREEN MA, LIEBERMAN C, MILROY CM, PARSONS MA. Ocular and cerebral trauma in non-accidental injury in infancy: underlying mechanisms and implications for paediatric practice. *Br J Ophthalmol*, 1996; 80: 282-287.
21. LYLE DJ, STAPP JP, BUTTON RR. Ophthalmologic hydrostatic pressure syndrome. *Am J Ophthalmol*, 1957; 44: 652-657.
22. JAIN BK, TALBOT EM. Bungee jumping and intraocular haemorrhage. *Br J Ophthalmol*, 1997; 78: 236-237.
23. DUHAIME AC, ALARIO AJ, LEWANDER WJ, SCHUT L, SUTTON LN. SeidITS y col. Head injury in very young children: mechanisms, injury types and ophthalmologic findings in 100 hospitalised patients younger than two years of age. *Pediatrics*, 1992; 90: 179-185.
24. GILLILAND MG, Folberg R. Shaken babies: some have no impact injuries. *J Forensic Sci*, 1996; 41: 114-116.
25. BETZ P, EISENMENGER W, LIGNITZ E, MILTNER E, PUSCHEL K. Morphometrical analysis of retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. *Forensic Sci Int*, 1996; 78: 71-80.
26. ELNER SG, ELNER VM, ARNALL M, ALBERT DM. Ocular and associated systemic findings in suspected child abuse. *Arch Ophthalmol*, 1990; 108: 1094-1101.
27. GAYNON MW, KOH K, MARMOR MF, FRANKEL LR. Retinal folds in the shaken baby syndrome. *Am J Ophthalmol*, 1988; 106: 423-425.
28. MASSICOTTE SJ, FOLBERG R, TORCZYNSKI E, GILLILAND MGF, LUCKENBACH MW. Vitreoretinal traction and perimacular retinal folds in the eyes of deliberately traumatized children. *Ophthalmology*, 1991; 98: 1124-1127.

29. TILL K. Subdural haematoma and effusion in infancy. *BMJ*, 1968; 3: 400-402.
30. REIBER GD. Fatal falls in childhood. How far must children fall to sustain fatal head injury? Report of cases and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol*, 1993; 14: 201-207.
31. ELDER JE, TAYLOR RG, KLUG GL. Retinal haemorrhage in accidental head trauma in childhood. *J Paediatr Child Health*, 1991; 27: 286.
32. JOHNSON DL, BRAUN D, FRIENDLY D. Accidental head trauma and retinal haemorrhage. *Neurosurgery*, 1993; 33: 231-235.
33. VON BARSEWISCH B. Perinatal retinal haemorrhages: morphology, aetiology and significance. Berlin: Springer-Verlag, 1979.
34. GILES CL. Retinal haemorrhages in the newborn. *Am J Ophthalmol*, 1960; 49: 1005-1010.
35. TYAGI AK, WILLSHAW HE, AINSWORTH JR. Unilateral retinal haemorrhages in non-accidental injury. *Lancet*, 1997; 349: 1224.
36. DRACK AV, PETRONIO J, CAPONE A. Unilateral retinal hemorrhages in documented cases of child abuse. *Am J Ophthalmol*, 1999; 128: 340-344.
37. GIANGIACOMO J, KHAN JA, LEVINE C, THOMPSON VM. Sequential cranial computed tomography in infants with retinal haemorrhages. *Ophthalmology*, 1988; 95: 295-299.
38. BILLMIRE ME, MYERS PA. Serious head injury in infants: accident of abuse? *Pediatrics*, 1985; 75: 340-342.
39. ROBB RM, ERVIN LD, SALLAN SE. A pathological study of eye involvement in acute leukemia of childhood. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*, 1978; 76: 90-101.
40. BAUM JD, BULPITT CJ. Retinal and conjunctival haemorrhage in the newborn. *Arch Dis Child*, 1970; 45: 344-349.
41. POLLACK JS TYCHSEN L. Prevalence of retinal hemorrhages in infants after extracorporeal membrane oxygenation. *Am J Ophthalmol*, 1996; 121: 297-303.
42. LEVY HL, BROWN AE, WILLIAMS SE, DE JUAN E. Vitreous hemorrhage as an ophthalmic complication of galactosemia. *J Pediatr*, 1996; 129: 922-925.
43. SILVA-ARAUJO. Maternal ingestion of cocaine. *Retina*, 1996; 16: 411-413.
44. TYAGI AK, SCOTCHER S, KOZEIS N, WILLSHAW H. Can convulsions alone cause retinal haemorrhages in infants? *Br J ophthalmol*, 1998; 82: 659-660.
45. KANTER RK. Retinal hemorrhages after cardiopulmonary resuscitation or child abuse? *J Pediatr*, 1986; 108: 430-432.
46. GILLILAND MGF, LUCKENBACH MW. Are retinal hemorrhages found after resuscitation attempts? *Am J Forensic Med Pathol*, 1993; 14: 187-192.
47. DUANE TD. Valsalva hemorrhagic retinopathy. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 1972; 70: 298-313.
48. RIFFENBURGH RS, SATHYAVAGISWARAN L. The eyes of child abuse victims; autopsy findings. *J Forensic Sci*, 1991; 36: 293-299.
49. ELNER SG, ELNER VM, ARNALL M, ALBERT DM. The medicolegal implications of detecting hemosiderin in the eyes of children who are suspected of being abused [reply to letter from Gilliland et al]. *Arch Ophthalmol*, 1991; 109: 322.

## MALTRATO POR PODERES: SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN EN LA INFANCIA

JESÚS FLETA ZARAGOZANO\*

**Resumen:** El Síndrome de Münchhausen «por poderes» es el padecido por un niño cuando éste es víctima de la invención de una sintomatología o de acciones nocivas por parte de un adulto, generalmente la madre, con el fin de simular una enfermedad o enfermar realmente, para recibir atención médica. Representa un porcentaje muy bajo del total de casos de maltrato infantil, pero las tasas de mortalidad son muy altas. Las formas de presentación son diversas: hemorragias, convulsiones, diarrea y vómitos, fiebre, apnea, alteraciones cutáneas e intoxicaciones, entre otras. El diagnóstico se basa en el análisis detallado de la historia clínica, en una exploración exhaustiva del paciente y en pruebas analíticas complementarias. El comportamiento materno, tan característico, aporta siempre elementos definitivos para confirmar el diagnóstico. El estudio psiquiátrico de la madre, así como la separación de su hijo, a veces por imperativo legal, son los pilares en los que se asienta el tratamiento y la prevención en muchos de los casos.

**Palabras clave:** Síndrome de Münchhausen por poderes. Maltrato infantil. Mortalidad infantil. Intoxicación.

**Abstract:** The Münchhausen Syndrome «by proxy» is what a child suffers from when he or she is the victim of the invention of symptomatology or of harmful actions by an adult, generally the mother, in order to simulate an illness or to ruly become ill in order to receive medical attention. It represents a very low percentage of the total cases of chil mistreatment, bu the mortality rates are very high. The forms presented are diverse: hae-

---

\* Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza.

morrhages, convulsions, diarrhoea and vomiting, fever, apnoea, cutaneous disorders, and intoxication, among others. The diagnosis is based on the detailed analysis of clinical history, on an exhaustive examination of the patient, and in additional analytical testing. The material behaviour, so characteristic, always provides definitive elements for confirming the diagnosis. The psychiatric study of the mother, as well as separation from her child, at times by legal order, are the pillars on which treatment and prevention are seated in many cases.

**Key-words:** The Münchausen Syndrome «by power». Child mistreatment. Child mortality. Intoxication.

## INTRODUCCIÓN

El término de Síndrome de Münchausen fue acuñado por Asher en el año 1951 (1) y utilizado para describir a aquellos pacientes que intencionadamente simulan enfermedad y fabrican evidencias falsas, con el fin de someterse a pruebas innecesarias, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos. Esta denominación hace referencia a un personaje real del siglo XVIII con este nombre, que exageraba sus hazañas militares e inventaba aventuras fantásticas. A este síndrome se le reconoce con otras denominaciones como «adicción hospitalaria», «vagabundo de hospital», «paciente peregrino» y «operatofilia». También se le denomina «enfermedad facticia» y «patomimia», ya que estos enfermos son capaces de simular una enfermedad y, a veces, con bastante acierto (2, 3).

Un síndrome semejante es el descrito por Bernard *et alii.* en 1967, denominado Síndrome de Lastherie de Ferjol (4). Éste se describió en mujeres que tenían profesiones paramédicas y presentaban anemia hipocroma hiposiderémica secundaria a hemorragias que ellas mismas se provocaban. Asimismo, en 1982, Wollcott *et alii.* descubrieron lo que denominaron «doctor shopping» (ir de médicos), situación que puede considerarse como una forma menor de Síndrome de Münchausen (5).

En la edad pediátrica existen dos formas de Síndrome de Münchausen; una forma juvenil o del adolescente, similar a la descrita en el adulto y otra forma propia de la edad infantil (6). La primera descripción en edad infantil fue realizada por Meadow en 1977, utilizando el término legal «por poderes» (SMPP) (7). Este término describe una situación en la que el niño es víctima reiteradamente de la invención de una sintomatología o de acciones nocivas por parte de un adulto, casi exclusivamente la madre, para que al parecer enfermo o enfermar realmente, reciba atención médica en el hospital o ambulatoriamente, dando lugar a la realización de estudios diagnósticos, a menudo de naturaleza invasiva y siempre agresivos para el niño.

El SMPP está aceptado como una forma rara de maltrato infantil, aunque sus matices clínicos, las circunstancias de presentación y la actitud de los progenitores, le confieren unas características que justifican que se mantenga como tal síndrome, con fines clínicos, de divulgación e investigación (8).

## EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con Delgado (9), la incidencia del SMPP es casi imposible de determinar. Hay que tener en cuenta que se trata de una entidad poco conocida entre los médicos y los pediatras e incluso algunos profesionales no admiten su existencia. No obstante, datos aportados por Rosemberg (10) sugieren que su incidencia puede representar el 1-2 % del total de casos de maltrato infantil. De cualquier forma, la dificultad en el diagnóstico y seguimiento de posibles casos, la existencia de formas menos dramáticas, el escepticismo del pediatra respecto a la incidencia real de esta variante de maltrato infantil y el desconocimiento de las manifestaciones clínicas que configuran el síndrome, hacen pensar que su frecuencia podría ser mucho mayor (6).

Por otra parte, se ha señalado que determinados comportamientos maternos, como exagerar los detalles de la enfermedad de su hijo para conseguir una mejor o más rápida atención, llevarlo al hospital o al consultorio pediátrico repetidas veces con trastornos mínimos, reclamar una y otra vez intervenciones quirúrgicas, como amigdalectomía, o requerir ingresos hospitalarios sin justificación, podrían representar formas «menor», o el inicio de un espectro de cuadros que en su forma más grave corresponderían al SMPP (11). También es justo señalar que estas apreciaciones son, en la mayoría de las ocasiones, meras especulaciones.

Tampoco es fácil calcular la mortalidad en este síndrome. Waller (12) aporta unas tasas de mortalidad del 22 % de su serie de 23 casos, Catalina y Mardomingo (13) estiman la mortalidad en el 11,14 % de los 35 casos revisados por estos autores, y Reig *et al* (14) refieren unas tasas del 5,7 %. Mac Guire y Feldman (15) encuentran una mortalidad del 31%, y Rosemberg, en su revisión de 117 casos, la encuentra en el 9 % (10). Para otros autores, entre ellos Kaufman y Coury, estas cifras pueden ser superadas, ya que es posible que otras muertes infantiles mal definidas o casos de muerte súbita podrían deberse a SMPP (16, 17).

Generalmente los niños que son víctimas de este síndrome tienen menos de 5 años de edad y con frecuencia se trata de lactantes de corta edad. Incide en una proporción aproximada entre niños y niñas, aunque Catalina y Mardomingo encuentran una clara preferencia en mujeres: 21/14 (13). El tiempo transcurrido entre el comienzo de la sintomatología y el diagnóstico correcto de SMPP es muy variable; con frecuencia varía entre meses y años, tiempo durante el cual el paciente se ve sometido a múltiples pruebas y tratamientos. En ocasiones el paciente evoluciona hacia el *exitus* sin que se haya podido establecer un diagnóstico exacto (13).

Parece que el SMPP se produce, a veces, en más de un miembro de una familia, lo que constituye el denominado SMPP «en serie» (18, 19). Rosenberg (10) observó que en 10 familias había más de un hijo involucrado y Mac Guire y Feldman describen 5 familias con 19 hijos, de los cuales 13 padecieron un SMPP, con más de un hijo afectado por familia (15).

La persona adulta perpetrante es, generalmente, la madre. En todos los casos estudiados por Jiménez y Figuerido, la madre era la causante del síndrome (20). Para Meadow (11) ésta interviene en la etiología en el 95 % de los casos y para Catalina y Mardomingo en el 88,5 % (13). Las madres que provocaban el síndrome en serie contaban con una edad entre 27 y 32 años, con frecuencia con problemas relacionados con la salud, habían sufrido ellas mismas un Síndrome de Münchhausen o habían recibido tratamiento psiquiátrico previo al SMPP. Un 60 % había tenido, incluso, intentos de suicidio. Las madres que provocaron un SMPP en varios hijos presentaban un trastorno psiquiátrico más profundo que cuando lo provocaron en uno solo, en opinión de Alexander *et alii.* (18).

El padre es también, en ocasiones, inductor del SMPP (21). Catalina y Mardomingo han encontrado que el padre es provocador del cuadro en el 2,85 % de los casos y que ambos progenitores lo son en el 5,7 % (13).

## FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES

Los signos y síntomas de presentación del SMPP, sean ficticios o provocados, usualmente se corresponden con los que aparecen en otros desórdenes agudos o crónicos comunes en la infancia. Los descritos más frecuentemente son las hemorragias, convulsiones, diarrea, vómitos, fiebre, alteraciones cutáneas e intoxicaciones. También se han descrito apnea, hipertensión arterial, litiasis renal, fallo de medro y adelgazamiento, entre otros (8, 10, 22-27).

Los informes relativos a los 117 casos de SMPP recogidos en 1987 por Rosenberg son sorprendentes, causan perplejidad y algunos de ellos corresponden a casos realmente graves (10). Por otra parte las manifestaciones son abigarradas, inexplicables y rocambolescas. No hay que olvidar que la madre inventa los signos y síntomas con una gran habilidad y destreza y en ocasiones con evidentes conocimientos médicos (28).

Las manifestaciones hemorrágicas pueden ser de diversas clases. Frecuentemente se simula una hematuria, es decir; la presencia de sangre

en orina. A veces lo único que se constata en orina es una coloración rojiza que puede ser producida por un pigmento o colorante, alimento o medicamento y en otras ocasiones es sangre verdadera, pero procedente de la propia madre, obtenida por autolesión o de la menstruación, que mezcla en pequeña cantidad con la orina del niño (29). También la puede mezclar con heces, vómitos, esputos, etc., e incluso pintar con sangre la cara o el periné del niño, con la consiguiente desorientación del médico.

También pueden ser simuladas otras situaciones derivadas de la depresión del sistema nervioso central, así como convulsiones. En el primer caso la situación puede estar provocada por diversos fármacos como insulina, barbitúricos, aspirina y acetaminofén, entre otros (31, 33). También se llega a esta situación mediante sofocación o intento de ahogo. Las convulsiones pueden provocarse mediante envenenamiento por fenotiacinas, imipramina e intoxicación por sal común (32, 33). Precisamente la ingesta de sal en cantidades excesivas provocan situaciones dramáticas y letales (34).

La diarrea puede ser provocada por la ingestión de determinados alimentos, tóxicos y laxantes (35, 36). Los vómitos repetidos son habitualmente provocados por la administración de ipecacuana, como en los casos observados por Goebel *et alii* (37) que cursaron, además, con diarrea, deshidratación y malnutrición. En estos casos la determinación de emetina en sangre y orina es útil para la confirmación del diagnóstico (38, 39).

Las situaciones de hipertermia pueden ser simuladas al elevar intencionadamente la temperatura del termómetro, introduciéndolo en líquido caliente o frotándolo, o incluso la madre puede ser capaz de falsificar la gráfica en donde se registra la temperatura, si tiene acceso a ella.

Las manifestaciones cutáneas pueden ser provocadas o simuladas mediante intoxicación alimentaria o por aplicación de cáusticos o pinturas en la piel, como por ejemplo de rotulador. Las lesiones bullosas en la piel se producen frotando repetidamente la piel con el dedo, las uñas o con un objeto. También puede simularse un cuadro purpúrico realizando punciones en diversas partes de la piel.

Puede provocarse un cuadro séptico por múltiples gérmenes al introducir heces en la perfusión o provocar un verdadero caos bioquímico si se añaden sustancias tóxicas, sal o azúcar en las muestras del niño extraídas para su análisis (9, 40, 41, 42).

Otra forma de SMPP es la provocada por intoxicaciones, como formas particulares de maltrato. Una de las series más amplias, estudiada por Dine y McGovern (43) ha demostrado que los agentes químicos más frecuentemente utilizados son los barbitúricos, tranquilizantes, insulina, exceso de agua y exceso de sal. Con frecuencia las intoxicaciones provocadas se llevan a cabo en niños maltratados también físicamente, requieren tratamiento hospitalario y tienen una elevada mortalidad (tabla I).

El coma hipoglucémico, provocado por la administración de insulina, es uno de los trastornos más frecuentes en este tipo de maltrato químico (44, 45). En este caso la determinación del péptido C es de gran valor, ya que es un marcador fiable de la actividad de las células beta del páncreas. En el caso de SMPP la concentración en suero de este elemento es baja (46).

La gravedad que producen casi todos estos cuadros llevan hacia una muerte dramática; otras veces el niño sufre importantes secuelas psicológicas y orgánicas, además de la pérdida de escolaridad, a veces irreversible. Existen casos documentados en la literatura de niños de corta edad que han acudido más de 250 veces, tanto a consulta ambulatoria como hospitalaria (47).

## DIAGNÓSTICO

Llegar a un diagnóstico correcto en algunas de las situaciones descritas es un verdadero reto para el médico. El síndrome se produce con más frecuencia en el niño pequeño, lactante en gran parte de los casos. La clínica que éste exhibe es inhabitual y extraña y frecuentemente ya ha sido sometido a tratamientos y estudios previos en otros hospitales, sin llegar a conclusiones lógicas.

Se sospechará también el diagnóstico de SMPP ante madres que adoptan determinados comportamientos, como por ejemplo la exageración de detalles de la enfermedad de su hijo, no consentir separarse de su hijo en ningún momento y mostrar exceso de celo en su cuidado, mantener buena relación con el personal sanitario e incluso reclamar intervenciones quirúrgicas, tales como amigdalectomía, circuncisión, adenoidectomía, etc. En otro orden de cosas esta madre puede ser ejemplar y juiciosa, lo que hace que, inicialmente, no se ponga en duda la historia que refiere (11, 14).

A veces el problema radica en la relación de pareja, en donde la madre tiende a ser la persona dominante en el matrimonio y suele ser, con frecuencia, más inteligente y capacitada que el padre, el cual suele desconocer lo que está ocurriendo e incluso padecer también un SMPP (48). Las motivaciones de este comportamiento pueden ser varias. A veces las madres quieren adquirir cierto beneficio personal al tratar con profesionales de distinto nivel social o relacionarse con otras madres o simplemente el deseo inconsciente de restaurar la relación conyugal, frecuentemente alterada a expensas de la enfermedad del niño o un mecanismo de escape de un matrimonio infeliz. En ocasiones la madre proyecta su ansiedad, su histerismo o su enfermedad en su hijo, al que lleva al ambiente amistoso de la consulta pediátrica. Estas madres han tenido con frecuencia una infancia difícil y en muchas ocasiones han trabajado como niñeras o han estado relacionadas con profesionales y ambientes sanitarios (3, 13).

El propio Meadow (22) comenta que después de hablar con muchas de estas madres, su primera impresión es la de su inmenso egoísmo, ya que son capaces de hacer cosas horribles al niño para satisfacer sus propias necesidades e infelicidad. En una minoría, particularmente aquellas madres que se satisfacen con la práctica de la sofocación o envenenamiento, se observa generalmente sentimiento de envidia, violencia y odio hacia su hijo. En la tabla 1 se describen algunas de las señales de alerta que apoyan el diagnóstico de SMPP.

### PAUTAS DE ACTUACIÓN

Ante la simple sospecha de un SMPP se deberán observar las siguientes pautas de actuación que pueden llegar a confirmar el diagnóstico (3, 11, 22):

Se debe documentar la historia al detalle, verificando si los signos y síntomas alegados ocurrieron en presencia de la madre o de terceras personas y si aparecen tras su ausencia. También se deben obtener datos relacionados con el niño, la familia, la madre y su vida, si es preciso, con la ayuda de los servicios sociales. Se debe contactar con otros miembros de la familia y médicos, enfermeras y trabajadores sanitarios comprometidos con el caso y se debe buscar un motivo que explique el comportamiento materno.

Se obtendrán muestras del niño, como por ejemplo de sangre, orina y heces, para examen bioquímico y toxicológico en el momento del ingreso y cuando los síntomas desaparezcan. Se confirmará, a través de un examen físico exhaustivo y mediante las pruebas complementarias, que los signos y síntomas que presenta el niño son reales (49, 50, 51).

También es importante que se resguarden y verifiquen las gráficas y registros de la historia clínica y se incremente la vigilancia hospitalaria. Asimismo se investigará la existencia de drogas pertenecientes a la madre y se obtendrán todos los detalles necesarios con vistas a posibles procedimientos legales. Si es preciso se emplearán cámara de vídeo oculta y fotografías para descubrir a la madre (52).

Una vez que la sospecha se confirma, el pediatra o un equipo donde figure éste, deberá informar a la madre que se ha descubierto el engaño, explicará la causa de la enfermedad a ambos padres, recomendará estudio psiquiátrico familiar, solicitará ayuda social, decidirá si el niño debe ser separado de su familia o puede permanecer en ella bajo supervisión, denunciará el caso a la autoridad competente y obtendrá una orden judicial en el caso de que la separación voluntaria no se acepte.

El pediatra implicado en un caso de SMPP puede incurrir en grave responsabilidad si omite el deber de iniciar una acción legal, dada la posibilidad de que surjan complicaciones serias, por no haber evitado a tiempo las consecuencias derivadas del comportamiento anormal de la madre.

## CONCLUSIONES

El SMPP, como presentación rara del maltrato infantil, recuerda una vez más la capacidad casi ilimitada de las personas de cometer actos violentos y destructivos contra los seres más indefensos: los niños. La falta de deseo o la incapacidad para reconocer el maltrato infantil priva al niño de la oportunidad de ser protegido de abusos futuros. Esto se ha demostrado en algunos casos en los que los datos necropsícos presentaban antecedentes diagnosticables de maltrato, que pudieran o debieran haber sido reconocidos si el niño se hubiera observado o escuchado fuera del ambiente familiar patológico de la familia.

Las dificultades y desafíos abundan para el diagnóstico del SMPP infantil. Se continuarán las pesquisas, se registrarán las discrepancias de las entrevistas, se evitarán las diferentes tendencias de los investigadores y se abordará adecuadamente el problema, como se hace con otros diagnósticos médicos, con objetividad y claridad de pensamiento. Todo ello ha de permitir establecer el juicio adecuado y ayudar a los niños y sus familias a alcanzar una relación mutuamente beneficiosa.

*Tabla 1. Decálogo de señales de alerta en el Síndrome de Münchhausen por poderes.*

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Enfermedad inexplicable, prolongada y nunca vista antes.</li><li>2. Signos y síntomas sin sentido clínico, ausentes cuando no está la madre presente.</li><li>3. Discrepancias entre la historia clínica, la exploración y los datos complementarios.</li><li>4. Tratamientos no tolerados o inefectivos.</li><li>5. Alergias e intolerancias a multitud de alimentos o drogas.</li><li>6. Madre que se niega a dejar al niño solo y excesivamente colaboradora.</li><li>7. Madre que muestra escasa preocupación por la enfermedad de su hijo.</li><li>8. Madre inteligente y con conocimientos médicos.</li><li>9. Madre con enfermedad previa parecida a la de su hijo.</li><li>10. Historia de enfermedad rara o muerte en niños de la misma familia.</li></ol> |
|--|

Modificado de Meadow (11, 22) y Guandolo (47).

## BIBLIOGRAFÍA

1. ASHER R. Münchhausen's syndrome. *Lancet*, 1951; 1: 339-341.
2. FIALKOV MJ. Peregrination in the problem pediatric patient. *Clin Pediatr*, 1984; 23: 571-575.
3. FLETA J, BASELGA C, ANDRÉS J, MAGAÑA M, NUEL R, OLIVÁN G. Otra forma de maltratar a un niño: Síndrome de Münchhausen por poderes. *Enf. Cient*, 1993; 134: 32-34.
4. BERNARD J, NAYEAN Y, ALBY N *et alii*. Les enemies hypochromes dues á des hemorrhagies volontierment provoqués. *Syndrome de Lastheric de Ferjol*. *Press Med*, 1967; 42: 2087-2090.
5. WOOLCOTT PJ, ACETO T, RUTT C *et alii*. Doctor shopping with the child as proxy patient. A variant of child abuse. *J Pediatr* 1982; 101: 297-301.
6. LÓPEZ-LINARES M. Síndrome de Münchhausen infantil. *An Esp Pediatr* 1986; 25: 225-226.
7. MEADOW R. Münchhausen syndrome by proxy; the hinterland of child abuse. *Lancet*, 1977; 2: 343-345.
8. REECE RM. Unusual manifestations of child abuse. *Pediatr Clin Nort Amer*, 1990; 37: 905-921.
9. DELGADO A. Síndrome de Münchhausen por poderes. En Casado J, Díaz JA, Martínez C, Díaz de Santos, Niños maltratados. Madrid, 1997; 117-123.
10. ROSEMBERG DA. Web of deceit: A literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*, 1987; 11: 547-563.
11. MEADOW R. Münchhausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*, 1982; 57: 92-98.
12. WALLER DA. Obstacle to the treatment of Münchhausen by proxy syndrome. *J Am Acad Child Psychiatr*, 1983; 22: 80-85.
13. CATALINA ML, MARDOMINGO MJ. Síndrome de Münchhausen por poderes: revisión de 35 casos de la literatura. *An Esp Pediatr*, 1995; 42: 269-274.
14. REIG C, HERRERA M, NEBRED A, URBÓN A, GARCÍA J, CUADRADO P. Síndrome de Münchhausen por poderes. *An Esp Pediatr*, 1986; 25: 251-256.
15. MCGUIRE TL, FELDMAN KW. Psicologic morbidity of children subjected to Münchhausen syndrome by proxy *Pediatrics*, 1989; 83: 289-292.
16. MINFORD AMB. Child abuse presenting as apparent «near-miss» sudden infant death syndrome. *Br Med J*, 1981; 1: 521.
17. KAUFMAN KL, COURY D. Münchhausen syndrome by proxy: a survey of professional's knowledge. *Child Abuse Negl*, 1989; 13: 141-147.
18. ALEXANDER R, SMITH W, STEVENSON R. Síndrome de Münchhausen por poderes en serie. *Pediatrics* (ed. esp.), 1990; 30: 205-209.
19. LEE DA. Münchhausen syndrome by proxy in twins. *Arch Dis Child*, 1979; 54: 646-647.
20. JIMÉNEZ JL, FIGUERIDO JL. El Síndrome de Münchhausen en la pediatría española. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1996; 24: 29-32.

21. MAKAR AF, SQUIER PJ. Síndrome de Münchausen por poderes: el padre como perpetrador. *Pediatrics* (ed. esp.), 1990; 26: 86-88.
22. MEADOW R. Management of Münchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*, 1985; 60: 385-393.
23. OLIVÁN G, FLETA J, BASELGA C, MAGAÑA M, NUEL R, ANDRÉS J. Síndrome de Münchausen de la infancia. *Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor*, 1992; 22: 184-190.
24. MÁLAGA S, SANTOS F, SUÁREZ MD *et alii*. Síndrome de Münchausen en la infancia. *Med Clin*, 1984; 83: 471-472.
25. SNEED RC, BELL RF. El delfín de Münchausen: expulsión simulada de cálculos renales en un niño. *Pediatrics* (ed. esp.), 1976; 2: 139-142.
26. AVANZO M, SANTINELLI R, TOLONE C *et alii*. Concealed administration of Furosemide simulating Bartter syndrome in a 4,5-year-old boy. *Pediatr Nephrol*, 1995; 9: 749-750.
27. MARCAS A, AMMERMANN C, BAHRO M, SCHMIDT MH. Benzodiazepine administration induces exogenic psychosis: a case of child abuse. *Child Abuse Negl*, 1995; 19: 833-836.
28. MEADOW R. False allegations of abuse and Münchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*, 1993; 68: 444-447.
29. OUTWATER KM, LIPNICK RN, LUBAN NLC. Factitious hematuria: Diagnosis of minar blood group typing. *J Pediatr*, 1982; 98: 95-97.
30. GREENE JW, CRAFT LT, GHISHAN FK. Acetaminophen poisoning in infancy. *Am J Dis Child*, 1983; 137: 917.
31. DEVORE CD, ULSHEN MH, CROSS RE. Phenolphthalein laxatives and factitious diarrhea. *Clin Pediatr*, 1982; 21: 573-574.
32. JIMÉNEZ JL, OTEHO E, ALONSO MJ *et alii*. Epilepsia ficticia. *Rev Esp Pediatr*, 1987; 43: 501-506.
33. PALOMEQUE A, MARTÍNEZ A, DOMENGH P *et alii*. Síndrome de Münchausen inducido como intoxicación recidivante con imipramina. *An Esp Pediatr*, 1986; 25: 257-259.
34. DOCKERY WR. Intoxicación intencionada fatal con sal común asociada a una masa gástrica radiopaca. *Pediatrics* (ed. esp.), 1992; 33: 284-286.
35. VOLK D. Factitious diarrhea in two children. *Am J Dis Child*, 1985; 136: 1027-1028.
36. ACKERMAN NB, STROBEL CT. Polle syndrome: Chronic diarrhea in Münchausen schild. *Gastroenterology*, 1981; 81: 1140-1142.
37. GOEBEL J, GREMSE DA, ARTMAN M. Miocardiopatía secundaria a la administración de ipecacuana en el síndrome de Münchausen por poderes. *Pediatrics* (ed. esp.), 1993; 36: 230-232.
38. BERKNER P, KASTNER T, SKOLNICK L. Síntomas de intoxicación crónica por ipecacuana en la infancia: comunicación de un caso. *Pediatrics* (ed. esp.), 1988; 26: 182-183.
39. SUTPHEN JL, SAULSBURY FT. Intoxicación intencional con ipecacuana. Síndrome de Münchausen por poderes. *Pediatrics* (ed. esp.), 1988; 26: 161-163.

40. HALSEY NA, TUCKER TW, REDDING J, FRENTZ J, SPROLES T, DAUM RS. Recurrent nosocomial polymicrobial sepsis secondary to child abuse. *Lancet*, 1983; 2: 558-560.
41. FELDMAN KW, HICKMAN RO. The central venous catheter as a source of medical chaos in Münchausen syndrome by proxy. *J Pediatr Surg*, 1998; 33: 623-627.
42. GOLDFARB J, LAWRY KW, STEFFEN R, SABELLA C. Infections diseases presentations of Münchausen Syndrome by proxy: case report and review of the literatura. *Clin Pediatr (Phila)*, 1998; 37: 179-185.
43. DINE MS, MCGOVERN ME. Intoxicación intencionada de los niños. Una forma poco conocida de malos tratos: comunicación de 7 casos y revisión de la literatura. *Pediatrics (ed. esp.)*, 1982; 14: 33-37.
44. MAYEFSKY JH, SARNALK AP, POSTELLON DC. Hipoglucemia facticia: malos tratos infantiles mediante la inyección de insulina. *Pediatrics (ed. esp.)*, 1982; 13: 397-398.
45. BAUMAN WA, YALOW RS. Child abuse: Parenteral insulin administration. *J Pediatr*, 1981; 99: 588- 591.
46. MAYEFSKY JH, SARNALK AP, POSTELLON DC. Hipoglucemia facticia: malos tratos infantiles mediante la inyección de insulina. *Pediatrics (ed. esp.)*, 1982; 13: 397-398.
47. GUANDOLO VL. Münchausen syndrome by proxy An offtpatient challenge. *Pediatrics*, 1985; 75: 526- 530.
48. JIMÉNEZ JL, ANCHÚSTEGUI C, GONZÁLEZ A *et alii*. Síndrome de Münchausen por poderes. Consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Pediatr*, 1986; 42: 411-420.
49. ESCUDERO B, ZAPATERO M, ARIZMENDI MC *et alii*. Síndrome de Münchausen por poderes. Actuación médica. *Acta Pediatr Esp*, 1993; 51: 759-764.
50. MARINA C. Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el maltrato infantil. *An Esp Pediatr*, 1991; 35: 113-119.
51. SOUID AK, KEITH DV, CUNNINGHAM AS. Münchausen Syndrome by Proxy. *Clin Pediatr (Phila.)*, 1998; 37: 497-503.
52. Ethical use of covert videoing techniques in detecting Münchausen syndrome by proxy. *Br Med J*, 1993; 307: 611-613.

## MALTRATO SEXUAL EN LA INFANCIA

JESÚS FLETA ZARAGOZANO y CARLOS BASELGA ASENSIO\*

**Resumen:** Los autores definen el concepto de maltrato sexual en la infancia y aportan datos de su incidencia, distinguiendo, fundamentalmente, entre los producidos en el ámbito familiar y extrafamiliar. Comentan los distintos tipos, contemplados como delitos contra la libertad sexual, según el Código Penal, que incluyen los artículos relativos a la agresión sexual, abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual y prostitución. En todos los casos, una historia bien detallada y una exploración completa de la víctima, fundamentalmente de genitales, ayudará a alcanzar el diagnóstico, que se confirmará con el hallazgo de datos analíticos de carácter infeccioso y otros de tipo genético obtenidos en las muestras. El conocimiento de este tema, por parte del pediatra y del médico general, ayudará en el tratamiento médico legal y preventivo del niño maltratado y de su familia.

**Palabras clave:** Abuso sexual. Maltrato sexual. Agresión. Prostitución infantil. Niño maltratado. Delitos contra la libertad sexual.

**Abstract:** The authors define the concept of child sexual mistreatment and furnish data about its incidence, fundamentally distinguishing between what occurs inside of and outside of the family scope. They comment on the different types, considered as crimes against sexual freedom according to the Penal Code, which include those articles pertaining to sexual aggression, sexual abuse, sexual harassment, sexual exhibitionism and prostitution. In all cases, a well-detailed history and a complete examination of the victim, fundamentally of the genitals, will help reaching a diagnosis, which is confirmed by findings in analysed data of an infectious nature and of other genetic types obtained in samples. Knowledge of this subject, by the paediatrician and the general practitioner, will help in the legal and preventive medical treatment of the mistreated child and his or her family.

**Key-words:** Sexual abuse. Sexual mistreatment. Aggression. Child prostitution. Mistreated child. Crimes against sexual freedom.

---

\* Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza.

## IMPORTANCIA

El maltrato o abuso sexual es una forma de maltrato físico y representa un grave problema cuya prevalencia se va incrementando en nuestra sociedad. En pediatría pocas áreas de importancia clínica se han desarrollado tan rápidamente durante los últimos años como los abusos sexuales en la infancia (1).

Los niños pueden ser objeto de abuso sexual tanto en el medio familiar como en el extrafamiliar y pueden sufrirlo tanto los niños como las niñas. Los agentes agresores suelen ser los adultos de ambos sexos, con mayor frecuencia el padre del niño, seguido de conocidos y finalmente personas desconocidas (2).

Aunque el maltrato sexual infantil ha existido siempre, sólo ha aumentado su interés recientemente y es en la actualidad cuando constituye objeto de estudio y preocupación social. Freud aludió al mismo a principios de siglo, Kinsey se interesó por esta modalidad de maltrato y Kempe, en 1977, lo denominó como «problema pediátrico oculto» (3, 4).

Debido a las circunstancias que envuelven al tema, quizás por producirse la mayoría de abusos dentro de la propia familia, por la dificultad de obtener una concisa declaración de los hechos o porque se trata de un tabú social, el abuso sexual en la infancia es muy difícil de descubrir en la mayoría de las ocasiones y se denuncia la mínima parte. Esta dificultad se agrava porque la víctima no sabe expresarse o simplemente porque el niño no comprende que ha sido agredido.

Tiene una gran trascendencia desde el punto de vista moral, psicológico e incluso orgánico, ya que puede ser motivo de transmisión de enfermedades venéreas y de producción de embarazos (5). En los países donde el problema comienza a vislumbrarse aparecen dificultades de orden práctico en relación a sus estructuras, insuficientes para enfocar el problema de forma global, apuntando la necesidad de crear equipos multidisciplinarios de trabajo en íntima colaboración. Médicos, asistentes y trabajadores sociales, abogados, policía, psicólogos y psiquiatras infantiles son fundamentales, al igual que las consultas habituales con enfermeras, cuidadores de guarderías y parvularios, visitantes de salud y maestros (6, 7).

## DEFINICIÓN

El abuso sexual puede definirse como la participación de un niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado por su desarrollo y no puede otorgar su consentimiento informado, que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad.

Las actividades sexuales pueden consistir en cualquier tipo de relación oro-genital, genital, o anal con el niño, o en abusos sin contacto, como el exhibicionismo, el voyeurismo, o la utilización del niño en la producción de pornografía. El abuso sexual incluye una gama de actividades que oscilan desde la violación forzada a la sutil seducción (1).

El abuso sexual puede diferenciarse del «juego sexual» mediante la evaluación de la frecuencia y la naturaleza coercitiva de la conducta y la determinación de si existe una simetría del desarrollo entre los participantes. Así, cuando los niños pequeños se miran o tocan mutuamente los genitales, y están en el mismo estadio de desarrollo, debería considerarse como una conducta normal, es decir, no abusiva. Sin embargo, cuando un niño de 6 años de edad intenta coercitivamente mantener relaciones anales con otro de 3 años de edad, no es una conducta normal, y los sistemas sanitario y protector de la infancia deberían responder sobre si se considera o no legalmente una agresión (1, 8, 9).

## EPIDEMIOLOGÍA

Estudios realizados en 1988 sobre la incidencia de esta forma de maltrato estiman que, aproximadamente, el 1% de los niños padecen anualmente algún tipo de maltrato sexual (10). Wang y Daro (11) refieren que en Estados Unidos, durante 1996, fueron denunciados casi tres millones de casos de maltrato sexual infantil y de ellos fueron confirmados alrededor de un millón.

Los cálculos más aproximados indican que entre la cuarta y la tercera parte de todas las mujeres adultas tuvieron contacto sexual involuntario durante su infancia o adolescencia, según datos de Estados Unidos. Se ha calculado que el 12% de los niños que sufren maltrato son víctimas al mismo tiempo de distintas formas de maltrato sexual (6).

Como mínimo, el 0,2-0,3% de los niños participan en relaciones incestuosas persistentes durante un período medio de cinco años; los escarceos sexuales breves son más frecuentes. Las víctimas del maltrato sexual son mujeres en el 90% y varones en el 10% de los casos, aunque para otros autores los niños pueden llegar a ser víctimas casi tan a menudo como las niñas (12). Se calcula que una de cada cuatro víctimas femeninas y uno de cada cinco varones siguen sufriendo abusos sexuales hasta los 18 años

(13). Miembros de la familia, parientes próximos, vecinos y conocidos son perpetradores en el 30-50% de todos los incidentes. El 80% de los niños conocen a sus agresores.

Afecta a niños de todas las edades y aproximadamente la tercera parte de los casos se da en menores de 6 años, otra tercera parte en niños de 6 a 12 años y el resto en adolescentes de 12 a 18 años (5). El incesto entre padre e hija constituye el problema más frecuentemente denunciado y entre los padres adoptivos la incidencia es cinco veces mayor que entre padres naturales. La mayoría de los abusos son cometidos por varones y son adolescentes en, al menos, el 20% de los casos; las mujeres también pueden ser las agresoras, sobre todo en guarderías y entre las cuidadoras de niños (15).

El maltrato sexual dentro de la familia se da en igual medida en todos los estamentos sociales y económicos, a diferencia de otros tipos de maltrato en la infancia, más frecuentes en las clases menesterosas y marginales. Dentro de los factores de riesgo se deben citar la desorganización familiar, la falta de comportamiento protector por parte de los padres, el abuso de drogas o alcohol y el aislamiento social. Todo ello puede ser marco idóneo para que se presente el maltrato. El incesto puede darse en familias aparentemente equilibradas y estables, pero aisladas socialmente, o bien en familias con graves trastornos y con tendencia al alcoholismo, drogadicción, delincuencia, prostitución, libertinaje y promiscuidad (2, 16).

La personalidad del abusador obedece a una serie de alteraciones que condicionan su comportamiento. La motivación del abusador está a menudo relacionada con un comportamiento adquirido, como por ejemplo el hecho de haber sufrido él mismo, de niño, abusos sexuales. El perpetrador, para llevar a cabo su acción, debe superar las normas internas de comportamiento, es decir, los códigos y normas morales adquiridas, así como los agentes inhibidores externos, tales como un padre protector. El obstáculo final al acto de abuso sexual es la resistencia del niño; no obstante, los niños, a menudo, se sienten indefensos y atrapados, por cuyo motivo pueden demostrar un comportamiento complaciente. El maltrato sexual aparece en todos los grupos sociales, económicos y étnicos (17).

A pesar de la existencia de diversas leyes proteccionistas de la infancia, en diversos países desarrollados, incluido el nuestro, han proliferado los denominados «anillos sexuales infantiles» que consisten en grupos numerosos de niños, generalmente varones, dedicados a ser explotados sexualmente por adultos (7, 18). Los niños son reclutados en las escuelas y son presionados bajo amenazas para que mantengan el secreto de su situación. La producción de pornografía infantil, junto a otras clases de explotación sexual de menores, es un hecho denigrante y real en la sociedad de nuestros días.

## EL MALTRATO SEXUAL INTRA Y EXTRAFAMILIAR

Las características del maltrato son diferentes según se lleve a cabo en el seno de la familia o fuera de ella.

En el caso de llevarse a cabo en el ámbito familiar, las relaciones incestuosas entre padres e hijas suelen iniciarse gradualmente y sin ningún tipo de violencia (14). El padre busca en esta relación una gratificación sexual y la niña busca afecto y cariño. El incesto no suele ser un hecho aislado, sino que forma parte de una pauta de comportamiento sexual inadecuado entre el padre y la hija. El padre suele ser rígido, patriarcal, emocionalmente inmaduro y con frecuencia es bebedor. La madre suele ser depresiva, no dispuesta a tener relaciones sexuales con su marido por trabajo o enfermedad y, generalmente, es conocedora, protectora e incluso inductora de la relación incestuosa, pero es incapaz de enfrentarse al problema. Incluso ella misma de niña ha podido ser víctima. La permisividad, sumisión y falta de afectividad, sitúan a la hija como figura central del núcleo familiar, actuando de «pequeña madre» en todas sus funciones. Si el padre es un psicópata el abuso familiar es violento, y puede extenderse fuera del ámbito familiar.

El maltrato sexual extrafamiliar tiene connotaciones distintas. Se perpetra por cuidadores, «canguros», realquilados y, sobre todo, amigos íntimos o familiares, aprovechando su confianza y fácil acceso al menor; el contacto sexual es infrecuente entre niños y adultos desconocidos (7). Otras veces es un abuso de una relación de poder, debido a una curiosidad incontrolada y en otras ocasiones es la combinación de muchos factores, tanto ambientales como personales. El abuso sexual extrafamiliar puede ser causa de secuelas graves para el niño, más aún si cabe que el familiar.

Dentro del maltrato sexual extrafamiliar se incluyen todos los abusos que se pueden producir en colegios, internados, parvularios y otros lugares de confianza para los padres, donde los adultos pueden aprovechar su autoridad. No se debe pasar por alto la posibilidad de maltrato sexual infantil en centros sanitarios por parte del personal médico, paramédico o de otro tipo, bien sea de forma voluntaria o involuntaria. Debido a una malpraxis médica o a una falta absoluta de tacto, sin olvidar el abuso flagrante, se puede violar la libertad sexual del niño o adolescente.

## TIPIFICACIÓN DEL MALTRATO SEXUAL

Los abusos sexuales, bajo el punto de vista clínico y médico, deben entenderse como actos de maltrato sexual de cualquier tipo; sin embargo, bajo el punto de vista legal, ambos conceptos presentan matices diferenciales.

El maltrato sexual en menores está tipificado en el ordenamiento jurídico español y contenido en el Código Penal del año 1995. Está incluido en el título VIII y conceptualizado como «Delitos contra la libertad sexual»,

que incluye, a su vez, seis capítulos. Por su trascendencia e implicar directamente a la infancia, comentamos a continuación cada uno de los artículos contenidos en estos seis capítulos.

El capítulo I (arts. 178 a 180) hace referencia a las agresiones sexuales, es decir, atentados contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación. En este caso el culpable será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años. Si la agresión sexual consiste en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de seis a doce años. Las penas serán mayores si concurren otras circunstancias, como por ejemplo, cuando la víctima es especialmente vulnerable, como es un niño, o existe relación de parentesco entre el agresor y la víctima.

El capítulo II (arts. 181 a 183) hace referencia a los abusos sexuales, es decir, a los actos que atentan contra la libertad sexual de otra persona, sin mediar violencia o intimidación. En este caso el culpable será castigado con la pena de multa de dos a veinticuatro meses. Se considerarán abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten en menores de doce años, sobre personas privadas de sentido o con trastornos mentales. En estos casos la pena de prisión será de seis meses a dos años. Si se obtiene el consentimiento prevaleciendo el culpable de una situación de superioridad manifiesta, que coarte la libertad de la víctima, se impondrá la pena de multa de seis a doce meses.

Cuando el abuso sexual consiste en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de cuatro a diez años en casos de falta de consentimiento y de uno a seis años en los de abuso de superioridad.

Las penas se considerarán más graves cuando exista relación de parentesco entre el agresor y la víctima o la víctima sea especialmente vulnerable, como por ejemplo, un niño. Si el abuso sexual se realiza con engaño en persona de doce a dieciséis años, será castigado con la pena de multa de doce a veinticuatro meses y si el abuso consiste en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de seis meses a tres años.

En el capítulo III (art. 184) se contempla el denominado acoso sexual. En este caso el que solicite favores de naturaleza sexual, prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, será castigado con la pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana o multa de seis a doce meses.

En el capítulo IV (arts. 185 a 186) se contemplan los delitos de exhibicionismo y provocación sexual. En este caso, si se lleva a cabo ante menores de edad, el culpable será castigado con la pena de multa de tres a diez meses. Asimismo, el que difunda, venda o exhiba material pornográfico, entre menores de edad, será castigado con la pena de multa de tres a diez meses.

El capítulo V (arts. 187 a 190) hace referencia a los delitos relativos a la prostitución. Serán castigados con la pena de prisión de uno a cuatro años y

multa de doce a veinticuatro meses el que favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad. Serán agravantes, con aumento de las penas, cuando las conductas se lleven a cabo prevaliéndose de su condición de autoridad pública, agente de ésta o funcionario público. Así mismo el que utilice a un menor de edad con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos será castigado con la pena de prisión de uno a tres años.

En las disposiciones comunes descritas en el capítulo VI (arts. 191 a 194) se explicita que el perdón del ofendido o de su representante legal no extingue la acción penal y que el juez podrá imponer, además, la pena de inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela o cargo público durante un tiempo de seis meses a seis años.

Los presentes artículos corresponden a los artículos 429 a 452 del Código Penal español del año 1978, relativos a la violación, abusos deshonestos, delitos de escándalo público, estupro, rapto y prostitución.

## CLÍNICA DEL MALTRATO SEXUAL

El niño sometido a abuso sexual puede acudir al médico por diferentes vías. Puede ser llevado para una exploración física de rutina o a causa de cualquier enfermedad e incluso ante una alteración de la conducta. También puede ser llevado por sus padres para reconocimiento ante la sospecha de abuso sexual, y, finalmente, otros niños acuden al médico acompañados de asistentes sociales o policía, para que sean reconocidos médicamente como parte de una investigación (1, 19).

En nuestro país, la atención prestada al maltrato infantil es todavía escasa, y más si se trata de maltrato sexual, por ello no existen pautas determinadas para la evaluación de menores que son víctimas de estos abusos. En otros países, con más experiencia en este tipo de problemas, los pediatras han desarrollado protocolos para su práctica profesional. La Academia Americana de Pediatría ha publicado pautas de actuación ante estas situaciones, con el fin de clarificar reponsabilidades y buscar soluciones idóneas en cada caso (9, 15).

Los menores que han sido víctimas de maltrato sexual suelen estar obligados por el autor del abuso a guardar el secreto, por lo que se requiere gran capacidad de sospecha para reconocer el problema. Debe realizarse una historia clínica completa, incluyendo los síntomas de la conducta del niño y los signos asociados del abuso sexual. Los médicos que sospechen esta posibilidad están obligados a informar a los padres de sus sospechas de forma sosegada y objetiva, teniendo en cuenta que la persona que lleva al niño al pediatra lo puede ignorar o bien haber participado en el maltrato. En algunos casos el médico estará obligado a proteger al niño y por lo tanto puede retrasar la información a los padres hasta elaborar un informe y comunicar la situación a los organismos competentes (9, 20).

Los síntomas de presentación son, frecuentemente, poco claros y específicos, como alteraciones del sueño, ensuresis, encopresis, fobias y otras alteraciones de la conducta. Entre los signos y síntomas más específicos de abusos sexuales se encuentran el dolor, hemorragias, infecciones rectales o genitales, enfermedades de transmisión sexual y conducta sexual precoz con respecto al grado de desarrollo (9).

Los datos de la historia clínica serán recogidos con extrema delicadeza. El pediatra tiene una capacidad singular y una íntima relación con los pacientes y sus familias, sabe y puede ofrecer gran ayuda para obtener información difícilmente accesible a otros profesionales que participen en la investigación. En ocasiones los niños describirán espontáneamente los abusos a que han sido sometidos e indicarán quién fue el que abusó de ellos; otras veces pueden describir lo ocurrido durante la exploración física, cuando se examina la boca, los genitales o el ano. La consulta debe discurrir poco a poco y al ritmo que marque el niño. Se deben emplear imágenes de muñecas o dibujos para aclarar las diferentes partes del cuerpo. Para investigar un posible incesto hay que tener mucha sensibilidad y realizar una buena historia clínica, ya que menos de la mitad de las víctimas presenta anomalías físicas o analíticas (15).

La exploración física de los niños sometidos a abuso sexual no debe suponer un trauma emocional añadido (9). Debe realizarse en presencia de un adulto protector no sospechoso de intervenir en el maltrato y en el momento adecuado en que haya desaparecido la angustia del niño. El pediatra se puede sentir escasamente preparado para efectuar la exploración médica; en ese caso debe evitar actuaciones que impidan la recogida de pruebas esenciales y, si es preciso, remitir el caso a pediatras más preparados en el tema o a expertos en Medicina Legal.

La exploración deberá ser general y meticulosa. Incluirá la valoración del crecimiento y desarrollo, la madurez sexual, la conducta y el estado emocional del niño. Se intentará localizar cualquier signo traumático, especialmente localizado en la boca, manos, genitales, región perineal, nalgas y ano. El uso de la fuerza utilizada para inmovilizar al niño puede producir también signos de violencia en determinadas zonas, como son, por ejemplo, el cuello, tobillos, muñecas, labios y boca (13, 21).

En los genitales aparecerán manifestaciones físicas que aclararán en muchos casos el abuso sexual. En niñas la exploración genital incluirá la cara interna de los muslos, labios mayores y menores, clitoris, uretra, zona periuretral, himen, apertura himeneal, fosa navicular, horquilla posterior y mamas (22-31). Los hallazgos que son compatibles, pero no diagnósticos de abuso sexual son los siguientes:

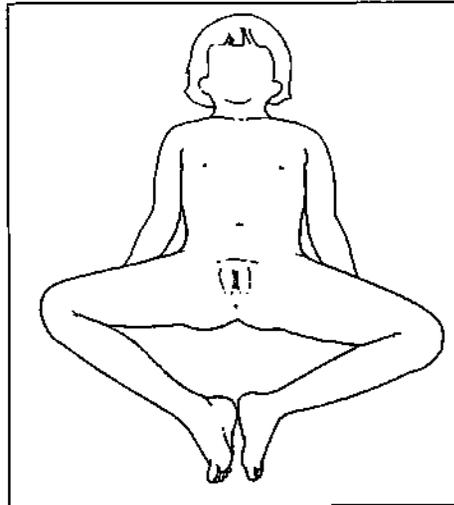
- hematomas, excoriaciones o abrasiones de la cara interna de los muslos y genitales;
- cicatrices o desgarros de los labios mayores y menores;
- desgarros, cicatrices y distorsiones del himen;
- ausencia de himen o disminución del tejido himeneal;

- cicatrices y lesiones de la fosa navicular y de la horquilla posterior;
- agrandamiento o variaciones importantes de la apertura himeneal. Un orificio himeneal por encima de 5-6 mm, infrecuente en edad prepuberal, puede indicar penetración vaginal por dedos o pene.

No existe ningún método estándar para la visualización de la apertura himeneal en niñas prepúberes. La posición «en rana» parece ser la más adecuada para la exploración genital en niñas de corta edad; la exploración puede completarse con la posición genupectoral o bien estando la niña en el regazo de su madre con las piernas separadas (30, 32, 33). Los procedimientos invasivos con espéculo o digitales no suelen ser necesarios en niñas de esta edad (9). El colcoscopio, junto al uso de fotografías o cámaras de vídeo logradas con este instrumento, puede aportar datos de gran interés médico legal en la exploración de niñas mayores (22, 34).

En niños se deben explorar los muslos, pene y escroto en busca de hematomas, cicatrices, excoriaciones, secreciones o señales de mordeduras. En ambos sexos debe ser explorado el ano en decúbito supino, lateral o en posición genupectoral. Se debe anotar la presencia de dilatación y laxitud anal, hematomas alrededor del ano, cicatrices y desgarros anales. El diagnóstico diferencial de penetración anal por dedos o pene es difícil, si bien desde el punto de vista de los trastornos o secuelas psicológicas no hay diferencia entre los dos tipos (35, 36).

En las figuras 1 y 2 se muestran las posiciones más recomendadas para realizar una exploración correcta de los genitales de las niñas que han sido víctimas de abusos sexuales.



*Figura 1.* La posición en decúbito supino «de rana» es la más empleada para el examen de genitales externos.

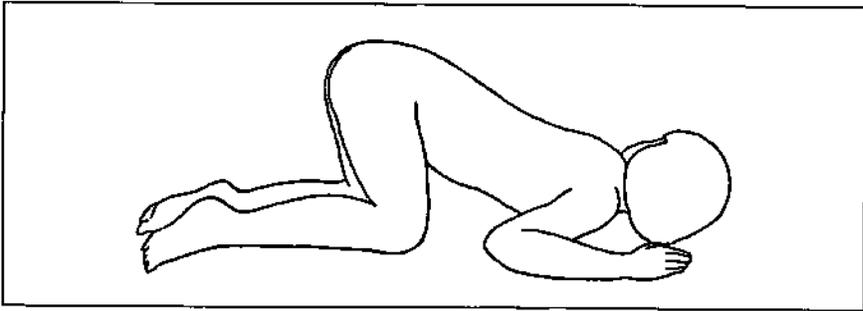


Figura 2. La posición genupectoral con intensa lordosis y relajación de músculos abdominales también proporciona buena visualización de los genitales.

### LA IMPORTANCIA DEL LABORATORIO

Los estudios forenses se deben realizar si todavía no han transcurrido 72 horas de la agresión sexual o bien si se ha sufrido abuso sexual con eyaculación (1, 9, 37).

El examen microscópico del material obtenido en boca, uretra y recto puede ser de utilidad. Entre las muestras pueden examinarse sangre y semen para tiparlos, muestras de vestidos, líquido vaginal, uñas y pelo. Los marcadores de semen (glucoproteína p30), esperma y fosfatasa ácida prostática deben buscarse sistemáticamente en piel, boca y conductos vaginal y anal (9, 13). No se recomienda realizar sistemáticamente cultivos rutinarios ni pruebas complementarias en busca de enfermedades de transmisión sexual.

Las enfermedades venéreas que aparecen en niños y niñas prepúberes son producidas, fundamentalmente, mediante transmisión sexual por parte de adultos (14). Aparecen sobre todo cuando existe penetración vaginal más que anal. Entre ellas tendremos en cuenta (38, 39):

— Investigación de *Neisseria gonorrhoeae* mediante cultivos y de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La infección por estos agentes es, no obstante, muy baja en prepúberes asintomáticos, especialmente si la historia no indica contacto íntimo.

— Investigación de *Treponema pallidum*, ya que una serología luética positiva está relacionada, probablemente, con el maltrato sexual. Las formas de presentación pueden ser condilomas planos y lesiones luéticas en mucosas oral, vulvar o perianal y más raramente chancro.

— Investigación de *Trichomona vaginalis* aunque es muy infrecuente en edad prepuberal, debido a la carencia de glicógeno y al pH alto del medio vaginal. Aunque su transmisión puede llevarse a cabo por vía no sexual, su positividad puede reforzar la sospecha de maltrato sexual.

— Investigación de *Chlamydia trachomatis*, ya que es el germen más frecuente de transmisión sexual entre adultos y se encuentra con relativa frecuencia en niños víctimas de abusos sexuales.

— Investigación de *Gardnerella vaginalis*, ya que su presencia también apoya el abuso sexual, si bien la transmisión no es exclusivamente por esta vía.

— También se deben tener en cuenta la presencia de condilomas acuminados, producidos por el papilomavirus humano (VPH); herpes genital, producido por el virus herpes simple tipo II (VHS), y *Mycoplasma hominis*, entre otros.

En la tabla I se muestran las enfermedades de transmisión sexual y su valor en el diagnóstico del abuso sexual en niños prepúberes.

Además de estas manifestaciones y posibles complicaciones, pueden aparecer otras de carácter psicosomático, como por ejemplo alteraciones del sueño, dolor abdominal, cefalea, ensuresis y encopresis, así como alteraciones de la conducta y del desarrollo, como por ejemplo fracaso escolar inexplicable, depresión, falta de autoestima, aislamiento, desconfianza, huida del hogar, juegos sexuales no apropiados para la edad, consumo de drogas y tendencia a la prostitución. Por último, pueden manifestarse trastornos psiquiátricos a veces irreversibles, como por ejemplo, psicosis, tendencia a la autolisis y automutilación e histeria (7, 40).

## PAUTA DE ACTUACIÓN

Es deseable que el estudio y tratamiento del niño sometido a abusos sexuales se lleve a cabo en ámbito hospitalario. Se realizará una labor conjunta entre médicos, enfermeras, asistente social y policía, al objeto de obtener el mayor número posible de pruebas legales (41, 42).

En casi todos los casos de maltrato sexual no violento la exploración física y las pruebas de laboratorio dan resultados normales (14). El diagnóstico se establece en base a la historia clínica del niño, porque la exploración física aislada pocas veces es diagnóstica en ausencia de una historia clínica compatible, datos específicos de laboratorio, o ambas circunstancias (9, 43). La presencia de semen, de fosfatasa ácida y de espermatozoides, un cultivo positivo o gonorrea, o una prueba serológica de sífilis positiva hacen cierto, médicamente, el diagnóstico de maltrato sexual, incluso en ausencia de una historia clínica positiva (excluyendo las formas congénitas de sífilis y gonorrea).

Una vez realizado el diagnóstico de maltrato sexual se puede recurrir al estudio del código genético en las muestras recogidas de semen, pelo, células epiteliales, entre otras, y compararlo con el del presunto agresor. En este caso la identificación no presenta ninguna duda.

Como hemos señalado anteriormente deberemos seguir un protocolo de investigación, que incluye los siguientes apartados (1, 44, 45, 46):

- Historia detallada, en la que conste el tipo de agresión y de contacto: anal, oral, vaginal o peneano; descripción del agresor si es desconocido; versión del paciente agredido; objetos utilizados para el abuso si los hubiere; valoración del estado psicológico del niño.
- Fotografía en color de las lesiones cutáneas afectadas, del área perineal y genital, de gran importancia médico legal.
- Examen físico detallado con la descripción de las lesiones cutáneas en forma de hematoma, quemaduras, mordeduras, arañazos, excoriaciones y contusiones. Se procederá a la búsqueda sistemática de posibles manchas de sangre, pelos y vestigios de ropa del agresor.
- Exploración genital detenida, con la descripción de la forma y del tamaño himeneal, descripción de las lesiones vulvares, vaginales y anales, detallando su localización según las agujas del reloj en caso de las himeneales.
- Búsqueda de semen en región vaginal, anal y oral.
- Exámenes de laboratorio.

Examen microscópico del semen: *Chlamydia tracomatis*, *Trichomona vaginalis*, *Candida*, *Haemophilus*, *Gardnerella vaginalis*.

Cultivos: *Neisseria gonorrhoeae* y *Candida*.

Orina: análisis rutinario, test de embarazo, semen, tóxicos y cultivos para *Neisseria gonorrhoeae*.

Sangre: serología luética y VIH.

Aspirado vaginal: semen, grupo sanguíneo.

Cultivo de secreción anal: *Neisseria gonorrhoeae*.

Estudio de la piel: identificación de semen y fosfatasa alcalina, mediante frotación con torunda de algodón impregnada de suero fisiológico. Búsqueda de huellas digitales.

Estudio de las uñas: vestigios de sangre y semen

Estudio del vello pubiano: búsqueda de semen y vello del agresor.

Estudio del ADN cromosómico en muestras recogidas, como células epiteliales, pelo, espermatozoides, etc., para identificación del agresor.

## TRATAMIENTO DEL MALTRATO SEXUAL INFANTIL

Varios aspectos hay que tener en cuenta a la hora de tratar las lesiones o complicaciones producidas por el abuso sexual. En primer lugar, el tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones físicas derivadas del abuso, que

en la mayoría de las ocasiones curan sin complicaciones o no es necesario tratar, y, en segundo lugar, la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de infecciones mediante antibioterapia adecuada. En la tabla II se muestra el tratamiento de algunas de estas enfermedades.

Tampoco hay que olvidar la profilaxis del embarazo en consulta con la paciente y sus padres, usando estrogenoterapia aislada, si el contacto sexual ha tenido lugar en las 72 horas precedentes (37) y, por último, el tratamiento de las secuelas psíquicas, emocionales y conductuales que son las verdaderas lesiones de esta desagradable situación.

Los niños sometidos a abusos sexuales serán valorados por psicólogos y psiquiatras infantiles, quienes deben determinar la necesidad de tratamiento (9). Esta necesidad será diferente si la agresión sexual ha sido intra o extrafamiliar, el período de tiempo que ha durado el abuso, los síntomas y la edad del niño. En general, cuanto más agresivo y violento haya sido el abuso, más duradero en el tiempo, y más estrecha la relación entre el agresor y la víctima, peor será el pronóstico y la necesidad de tratamiento a largo plazo.

Todas las víctimas de abusos necesitan, al menos, apoyo psicológico (14). En muchas ocasiones los padres también pueden precisar tratamiento y apoyo para afrontar el trauma emocional que supone la agresión sexual de un hijo, continuada o única, estén o no directamente implicados. Los casos de abuso sexual dentro de la familia son más difíciles de tratar, ya que se debe proteger al niño de posteriores tentativas al mismo tiempo que se trata de preservar la unidad familiar.

El tratamiento debe orientarse según la valoración del nivel de desarrollo cognitivo del niño, atendiendo de forma concreta a la capacidad de éste de comprensión formal y real, para la reconstrucción lógica de los hechos y del momento en que se produjeron (13). Esta valoración requiere, en ocasiones, tener que dedicar mucho tiempo a ganarse la confianza del niño y permitirá al médico planificar una entrevista útil que sirva de psicoterapia. Se debe ayudar a la familia a sentirse reconfortados y convencerles de que son capaces de prestar ayuda al niño. En la mayoría de los casos, el mejor sistema para ayudar al niño es ayudar a sus padres.

## PREVENCIÓN DEL MALTRATO SEXUAL

La prevención primaria es la educación adecuada del niño. A los niños se les debe enseñar a no guardar secretos, a decir que no y a que cuenten a alguien lo sucedido (14).

En otros países, como en Estados Unidos, se divulgan programas de prevención, libros, cuentos, videos, obras de teatro, dibujos animados y espectáculos de mimo sobre el tema, con el fin de ser útiles en la educación de los niños y enseñarles a protegerse ante un posible abuso sexual.

Además tienen la finalidad de conseguir que los niños y niñas víctimas de estas lesiones denuncien su caso (9).

Una medida efectiva es alertar a los adultos para que no abandonen a los niños en situaciones de alto riesgo, como en guarderías que prohíben las visitas y para que escuchen a los niños y sepan reconocer sus síntomas de estrés y ansiedad. Los padres que dejan a sus hijos al cuidado de otros tienen la obligación de confirmar su seguridad.

Otro aspecto de la prevención es preparar a la familia para tratar los aspectos saludables y normales de la sexualidad infantil, de forma que se enseñe a padres e hijos un comportamiento protector sin promover la paranoia. La prevención primaria se debe realizar en toda la sociedad mediante un proceso de cambio social, legal y educacional para llegar a modificar el sustrato etiológico del maltrato infantil, en general (41, 47). El plan terapéutico y preventivo global en casos de maltrato se basa en los siguientes puntos:

- Tratar al niño, protegerlo y evitarle agresiones futuras.
- Intentar que el niño vuelva a su hogar, con su familia, lo antes posible y sin ningún peligro.
- Procurar eliminar o reducir, por parte de la sociedad, los factores que debilitan la estabilidad familiar.

Es necesaria la difusión de los conocimientos sobre el maltrato infantil por parte de los profesionales y de las personas interesadas en evitarlo, para que toda la sociedad tome conciencia del problema.

Tabla 1. Actuación ante el hallazgo de ETS en casos de abuso sexual en niños prepúberes.

ETS CONFIRMADA	ABUSO SEXUAL	ACCIÓN
Gonorrrea <sup>1</sup>	Cierto <sup>3</sup>	Notificación
Sífilis <sup>1</sup>	Cierto	Notificación
VIH <sup>2</sup>	Cierto	Notificación
<i>Chlamydia</i> <sup>1</sup>	Cierto <sup>3</sup>	Notificación
<i>Trichomona vaginalis</i>	Probable	Notificación
Condiloma acuminado <sup>1</sup>	Posible	Notificación
Herpes genital	Posible	Notificación <sup>4</sup>
Vaginosis bacteriana	Incierto	Seguimiento médico

ETS: Enfermedad de transmisión sexual. VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana. 1: Si no es de adquisición perinatal. 2: Si no es de adquisición perinatal o por transfusión. 3: Diagnóstico mediante cultivo o DNA. 4: Si no existe historia de autoinoculación. Modificado de Committee on Child Abuse and Neglect, 1999 (20).

Tabla II. Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO	NOTAS
Conococia	Ceftriaxona 250 mg i.m. monodosis	Menos de 10 kg: dosis de 125 mg
Infección por clamidias	Azitromicina 1 gr v.o. monodosis Doxiciclina 100 mg/12 h. 7 días	Menos de 15 kg: dosis de 250 mg No usar en niños menores de 8 años
Infección por ureaplasma	Doxiciclina 100 mg/12 h. 7 días	Menos de 8 años: eritromicina 10 mg/kg de peso/8 h. 7 días
Sífilis precoz	Penicilina benzatina 2.400.000 UI. i.m. monodosis	Menos de 8 años: 1.200.000 UI.
Sífilis no precoz	Penicilina benzatina 2.400.000 UI. i.m./7 días, por 3	Menos de 8 años: 1.200.000 UI.
Infec. por herpes simple	Aciclovir 1 gr en 5 tomas, 5 días	Menos de 2 años: media dosis
Condiloma acuminado	Crioterapia, cirugía, Laservaporización	En adolescentes, además: podofiloxina o 5-fluoracilo
<i>Molluscum contagiosum</i>	Crioterapia, curetaje	Evitar la autoinoculación
Infección por VIH	Antirretrovirales	Control de CD4+ y carga viral
Tricomoniasis	Tinidazol 2 g monodosis	Dosis niños: 50-75 mg/kg de peso
Vaginosis bacteriana	Matronidazol 250 mg/6-8 h. 7 días	Menos de 10 años: 125 mg/8 h. 7 días

Modificado de Ballesteros, 1997 (40).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics*, 1991; 87: 254-260.
2. ANDRÉS J, BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, NUEL R, OLIVÁN G. Maltrato sexual en la infancia. *Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor*, 1993; 23: 1023.
3. KEMPE CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lectura. *Pediatrics*, 1978; 62: 382-389.
4. FLETA J. El maltrato a la infancia a través de la historia. I. Del mito a la realidad. *Ped Integral*, 1998; 3: 9 páginas, sin numerar.
5. DELGADO A, GÁRATE J. Síndrome del niño maltratado. *Pediatrka*, 1989; 9: 235-238.
6. CASADO J. Síndrome del niño maltratado. *An Esp Pediatr*, 1987; 27: 5-6.
7. QUEROL X. Maltrato sexual. En *El niño maltratado*. Ediciones Pediátricas. Barcelona, 1990.

8. LÓPEZ F. Abuso sexual: un problema desconocido. En J Casado, JA Díaz, C Martínez. Niños maltratados. Díaz de Santos, SA. Madrid, 1997; 161-167.
9. Committee on Child Abuse Neglect. American Academy of Pediatrics: Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Pediatrics, 1999; 103: 186-191.
10. National Study on The Incidente of Child Abuse and Neglect. Washington, DC. US Department of Health and Human Services; 1988.
11. WANG CT, DARO D. Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1996 Annual Fifty State Survey. Chicago, II: National Committee to Prevent Child Abuse, 1997.
12. LÓPEZ F. Los abusos sexuales de menores. Los que recuerdan de adultos. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1994.
13. GORDON LB. Maltrato sexual de niños y adolescentes. Nelson. Tratado de Pediatría. 13 ed., 1989, vol. II; 1268-1269.
14. SCHMITT BD, KRUGMAN RD. Incesto. Abusos y negligencias con los niños. NELSON. Tratado de Pediatría. 13 ed. 1989, vol. I; 85-87.
15. FRASIER LD. The pediatrician s role in child abuse interviewing. Pediatr Ann, 1997; 26: 306-311.
16. BAKER AW, DUNCAN SP. Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. Child Abuse Negl, 1985; 9: 457-467.
17. FINKELHOR D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl, 1994; 18: 409-417.
18. FLETA J. El maltrato a la infancia a través de la historia. II. Desde el Antiguo Régimen a la actualidad. Ped. Integral, 1998; 3: 8 páginas, sin numerar.
19. BRODEUR AE, MOTELEONE JA. Child maltreatment. A clinical guide and reference. Missouri: GW Medical Publishing, Inc, 1994: 134-144.
20. NOGUEROI V. Abuso sexual: Cómo entrevistar y cómo preparar a la víctima para los itinerarios de diagnóstico. IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Sevilla. Adidma, 1995: 481-482.
21. RISISN L, KOSS MP. The sexual abuse of boys. J Interper Violence, 1987; 2: 309-323.
22. EMANS SJ. Sexual abuse in girls: What have we learned about genital anatomy? J Pediatr, 1992; 120: 258-260.
23. KERNS DL, RITTER ML, THOMAS RG. Variaciones cóncavas del himen en víctimas infantiles sospechosas de abusos sexuales. Pediatrics (ed. esp.), 1992; 34: 111.
24. KRUGMAN RD. Recognition of sexual abuse in children. Pediatr. Rev., 1986; 8: 25-30.
25. McCANN J, VORIS J, SIMON M, *et alii*. Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. Child Abuse Negl, 1989; 13: 179-193.
26. WHITE ST, INGRAM DL, LYNA PR. Vaginal introltal diameter in the evaluation of sexual abuse. Child Abuse Negl, 1989; 13: 217-224.
27. HEGER A, EMANS SJ. Introltal diameter as a criterion for sexual abuse. Pediatrics, 1990; 85: 222-223.

28. CALVO J, CALVO JR. Aspectos físicos del abuso sexual. En J Casado, JA Díaz y C MARTÍNEZ. Niños maltratados. Díaz de Santos, SA. Madrid, 1997, pp. 169-175.
29. BAYS J, CHADWICK D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Negl*, 1993; 17: 91-110.
30. BOTASH AS. Examination for sexual abuse in prepubertal children: an update. *Pediatr Ann*, 1997; 26: 312-320.
31. ADAMS JA. Sexual abuse and adolescents. *Pediatr Ann*, 1997; 26: 299-304.
32. PARADISE JE. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clin Pediatr N Amer* (ed. esp.), 1990; 4: 889-113.
33. ENOS WF, CONRATH TB, BYER JC. Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics*, 1986; 78: 385-398.
34. MCCANN J. Uso del coloscopio en los exámenes de niños que han sufrido abuso sexual. *Clin Pediatr N Amer* (ed. esp.), 1990; 4: 913-929.
35. HIBBARD RA, ROCHMANN K, HOEKELMAN RA. Genitalia in childrens drawings: an association with sexual abuse. *Pediatrics*, 1987; 79: 129-137.
36. BAYS J, JENNY C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *Am J Dis Child*, 1990; 144: 1319-1322.
37. Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics: Sexual assault and the adolescent. *Pediatrics*, 1994; 94: 761-765.
38. Centers for Disease Control and Prevention. 1998 sexually transmitted disease treatment guidelines. *Morbidity Mortal Wkly Rep*, 1998; 47 (n.º RR-1): 1-116.
39. BALLESTEROS J. Enfermedades de transmisión sexual relacionadas con el maltrato. En J Casado, JA Díaz, C Martínez. Niños maltratados. Díaz de Santos, SA. Madrid, 1997; 183-193.
40. NOGUEROL V. Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En J Casado, JA Díaz, C Martínez. Niños maltratados. Díaz de Santos, SA. Madrid, 1997; 177-182.
41. FRONTERA P, CABEZUELO G. Prevención de los malos tratos infantiles. *An Esp Pediatr*, 1990; 33: 140-143.
42. ANDRÉS J, BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, NUEL R, OLIVÁN G. Actuación del médico ante un caso de maltrato en la infancia. *Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor*, 1992; 22: 180-183.
43. POU J, JORDÁN I, GÓMEZ L. Abuso sexual infantil. Nuestra experiencia de un año. *An Esp Pediatr*, 1996; 45: 245-248.
44. CHADWICK DL, BERKOWITZ CA, KEMS DA, *et alii*. *Color Atlas of Child Sexual Abuse*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc, 1989.
45. DUBOWITZ H, BROSS DC. The Pediatrician's Documentation of Child Maltreatment. *Am J Dis Child*, 1992; 146: 596-599.
46. RICCI LR. Photographing the physically abused child: principles and practice. *Am J Dis Child*, 1991; 145: 275-281.
47. MARINA C. Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el maltrato infantil. *An Esp Pediatr*, 1991; 35: 113-119.

## MALTRATO PSICOLÓGICO EN EL NIÑO

CARLOS BASELGA ASENSIO y JESÚS FLETA ZARAGOZANO\*

**Resumen:** Los autores hacen una descripción del maltrato psicológico dentro del conjunto de posibilidades que comprende el maltrato en la infancia. Va unido a una desvinculación afectiva para con el niño por parte de padres, educadores, tutores, etc.

No suele ser denunciado y es frecuente que en el curso de los años el niño que lo padece sufra diversas secuelas en el desarrollo somático, psíquico y social.

En el tratamiento, destacan la importancia de un ambiente adecuado a las necesidades del niño y el trabajo en equipo de diferentes profesionales.

**Palabras clave:** Maltrato psicológico. Infancia.

**Abstract:** The authors describe the psychological abuse among the possibilities of child abuse. Lack of affection by the parents, relatives, educators or tutors seems to be the main cause of this problem, which usually goes undetected over years.

During this time the child is at high-risk of developing not only psychological, but somatic and social sequelae as well.

Prevention consists in prompt intervention by multidisciplinary team of professionals working together.

**Key-words:** Psychological abuse. Child.

---

\* Departamento de Perinatología, Radiología y Medicina Física de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Desde que hace tres décadas Henry Kempe utilizó el concepto de «The battered child syndrome» o «Síndrome del niño apaleado», hasta la actualidad, se ha avanzado de forma considerable en el estudio y prevención de este problema primordialmente social.

Corrientemente, el concepto de maltrato infantil abarca una disfunción en la relación padres-hijo e incluye en el diagnóstico todas las formas en las que esta disfunción parental tiene lugar, desde el conocido maltrato físico hasta el maltrato psicológico. Morales y cols. (1) informaron de diferentes estudios realizados en España en los que se comprueba una tasas de prevalencia del 1,5 %, aunque es suficientemente reconocido que estas cifras están subestimadas. La visión del maltrato infantil como un fenómeno psicológico que provoca severas consecuencias en el desarrollo mental del niño, ha creado modelos conceptuales que exploran la relación existente entre factores de riesgo y factores de protección involucrados en la presentación del maltrato. Los principales factores de riesgo son padres muy jóvenes, síntomas de ansiedad y depresión familiar monoparental y *stress* económico; el soporte social tiene un efecto protector.

El hecho es parcialmente conocido por la sociedad; cuando se habla del niño maltratado se relaciona con múltiples lesiones; pero, en general, se ignora a aquel que sufre afrentas repetitivas, que es despreciado por sus familiares, que en la escuela es objeto de burla por sus compañeros y, en ocasiones, por el profesor. Así, aunque es habitual encontrar en el mismo paciente todas las posibilidades de maltrato, pondremos especial énfasis en el maltrato infantil psicológico, objeto de este trabajo.

Se da en aquellas situaciones en que los padres, educadores, tutores, etc., son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico (2). Está en relación con la conducta del padre, tutor o cuidador quien impide o dificulta que el niño disponga de las necesidades que precise (3).

En ocasiones, por el contrario, lo que se manifiesta es una sobreprotección hacia el menor, cuando uno de los padres mantiene a su hijo excesivamente apegado a él, sin permitir la autonomía necesaria para su independencia afectiva (2).

Se conocen cinco formas de maltrato psicológico interesantes para el conocimiento del médico práctico: rechazo hacia el niño, indiferencia, provocación de terror, aislamiento de su ambiente y corrupción, incitándole a actuar dentro de patrones antisociales y autodestructivos (3).

Podríamos añadir el maltrato hospitalario, tan poco valorado y que está relacionado con el exceso de pruebas diagnósticas de importancia, a veces discutible.

El rechazo hacia el niño se da, sobre todo, cuando son varios los hijos de una familia. El niño maltratado es el «no deseado», molesto a los ojos de sus padres, quienes le critican todos sus actos y que es considerado diferente al resto de la familia. Son apartados ante cualquier motivo de su ambiente, encerrados en su habitación y, en general, castigados ante hechos que pasan desapercibidos en el resto. Estos niños son para sus padres o cuidadores el «mal ejemplo» que no deben seguir los demás.

La indiferencia hacia el menor es frecuente en nuestra sociedad; es la falta de respuesta por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño. Aparece la imagen del «niño que no medra», en quien se descartan alteraciones orgánicas que expliquen el problema y como causas principales se encuentran el abandono y negligencia.

El menor que sufre de terrores provocados por alguno de sus cuidadores es también un hecho común; especialmente grave, en la actualidad, es el terrorismo, que puede dejar profundas secuelas psicológicas.

Las posibilidades de maltrato psicológico son amplias y poco denunciadas. Si el maltrato, en general, es denunciado en contadas ocasiones, el maltrato psicológico lo es mucho menos. La mayoría de los niños que son víctimas no reciben una adecuada atención por parte de médicos, trabajadores sociales ni de otros profesionales, pero las consecuencias emocionales ocultas tienen un considerable impacto sobre su salud física y mental. El problema es reiterativo y afecta, a la larga, el carácter de quienes lo sufren, llegando a padecer importantes trastornos mentales. Se han estudiado niños ingresados en un hospital psiquiátrico; en el 39% del total, había historia sospechosa de malos tratos en el pasado o en el presente; el abuso físico era el tipo más frecuente, seguido por el abandono y el abuso sexual. En esta muestra era particularmente importante la severidad del maltrato y la proporción alta (40%) de los que sufrieron abuso sexual (4).

Un estudio retrospectivo de 97 niños maltratados psicológicamente mostraron una clara relación entre los síntomas clínicos y la intensidad del maltrato. La negligencia por parte de los padres provocó empeoramiento en el desarrollo intelectual y locomotor, desórdenes emocionales y en la conducta. Las manifestaciones neuróticas de tipo regresivo aparecieron en casi la mitad de los preadolescentes que sufrieron abuso psicológico severo. Los niños de menos de seis años de edad presentaron síntomas funcionales, incluyendo regresión en el control de los esfínteres y en el sueño (5).

Existen en la actualidad aportaciones que valoran este problema; si para algunos la relación es evidente, para otros es compleja y llena de interrogantes (6).

Walker y cols. (7) estudian las alteraciones psicopatológicas de los padres que maltratan y la conducta del niño. Comprueban la evolución de estos menores hacia la agresividad, delincuencia y rechazo social. Es evidente que estos menores maltratados serán con frecuencia, al cabo de los años, personas que van a practicar el maltrato (8).

Gracia (9) examina las características psicosociales de los casos de malos tratos valorados como «no muy importantes». Trabaja con una muestra en la que se encuentran 48 casos que sufren abuso físico, 13 que padecen de abandono y 8 de maltrato psicológico. Se evalúan las características de los niños y de sus padres en tres niveles: individual, familiar y social. Los resultados indican un desajuste personal y social en los niños maltratados con problemas ambientales en su entorno, estado socioeconómico bajo, *stress*, número de hijos, etc.

Por todo lo expuesto, se puede valorar el maltrato psicológico como un hecho presente ante estas adversidades, que puede provocar, si es reiterativo, diferentes secuelas en el desarrollo somático, psíquico y en la conducta social del menor. Son frecuentes en estos niños los accidentes, los intentos de suicidio, depresiones, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, psicoafectivas y, en resumen, trastornos en la personalidad con retraso en su evolución psicológica.

Es importante estudiar el entorno en el que se desenvuelve, en donde se acumulan múltiples situaciones anómalas: drogas, alcoholemia, peleas, precariedad económica, la historia de unos progenitores que sufrieron de maltrato en la infancia, etc.

El único tratamiento adecuado es la creación de un ambiente adecuado a las necesidades del niño. Es preciso un buen diagnóstico, una valoración de las causas que provocan el maltrato, su situación legal, evaluando la posibilidad de cambio del entorno o adopción. Tratar sus deficiencias físicas y psíquicas con todos los medios adecuados y estudiar el grado de instrucción y adaptación escolar para crear una infraestructura de fondo que le permita obtener una formación acorde con su edad (10).

El trabajo en equipo para luchar contra el maltrato psicológico es fundamental. Deben contribuir psicólogos, psiquiatras, educadores, pediatras, enfermeras, abogados y asistentes sociales; el problema hay que enfocarlo en todas sus vertientes con la colaboración y conjunción de todos ellos. Si no se acometen estos problemas con los medios adecuados tendremos muy probablemente, en el curso de los años, cuando el niño se convierta en adulto, nuevos casos de maltrato para su descendencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MORALES JM, ZUNZUNEGUI V, MARTÍNEZ V. Conceptual models of child mistreatment: a biopsychosocial approach. *Gac Sanit*, 1997, 11 (5): 231-241.
2. ESCUDERO C. Maltrato emocional o psicológico. En J Casado y cols (eds), *Niños maltratados*. Díaz de Santos, Madrid, 1997: 133-137.
3. GARBARINO J. Psychological child maltreatment. A developmental view. *Prim Care*, 1993; 20 (2): 307-315.
4. AMMERMAN RT, VAN HASSELT VB, HERSEN M, MC GONIGLE JJ, LUBETSKY MJ. Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse Negl*, 1983; 13 (3): 335-343.
5. MARTÍNEZ A, DOMINGO-SALVANY F, LLORENS J, IBÁÑEZ-CACHO JM. Psychologic implications of the maltreated child syndrome. *Child Abuse Negl*, 1983; 11 (1): 261-3.
6. AUGUSTINOS M. Developmental effects of child abuse. *Child Abuse Negl*, 1983; 11 (1): 15-27.
7. WALKER E, DOWNEY G, BERGMAN A. The effects of parental psychopathology and maltreatment on child behavior: a test of the diathesis-stress model. *Child Dev*, 1989; 60 (1): 15-24.
8. KORBIN JE. Childhood histories of women imprisoned for fatal child maltreatment. *Child Abuse Negl*, 1986; 10 (3): 331-338.
9. GRACIA E. Visible but unreported: a case for the «not serious enough» cases of child maltreatment. *Child Abuse Negl*, 1995; 19 (9): 1083-1093.

## EL MENOR COMO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS. SU ACTUAL POSICIONAMIENTO

ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ\*

**Resumen:** La materia de malos tratos a menores, con hondo calado social, se aborda desde una óptica diferente; un nuevo posicionamiento ante el fracaso que supone la intervención en exclusiva del Derecho Penal —a modo de recurso lento, contundente y *a posteriori*—, toda vez que la claridad y finalidad de su norma nada tiene que ver con el origen y solución al caso concreto, y donde la frágil figura de la víctima sufre unos efectos perversos y distorsionantes, si acaso la condena del culpable. Ante ello se proponen soluciones que pasan por adecuadas políticas preventivas, definición de conceptos, identificación de factores de riesgo, creación de recursos y, sobre todo, coordinación entre los distintos servicios e instituciones implicadas.

**Palabras clave:** Malos tratos a niños. Violencia doméstica. Menores. Victimología.

**Abstract:** The matter of mistreatment of minors, with a deep social undercurrent, is approached from a different perspective: new positioning faced with the failure implied by the exclusive intervention of Criminal Law —by way of a slow, blunt, and a posteriori resource— the clarity and finality of its norm never having anything to do with the origin and solution of the specific case and where the fragile figure of the victim suffers perverse and distorting effects, if even the conviction of the guilty party. Faced with this, solutions are proposed that pass for adequate preventive policies, concept definition, identification of risk factors, resource creation, and, above all, coordination between the different services and institutions involved.

**Key-words:** Child mistreatment. Domestic violence. Minors. Victimology.

---

\* Magistrado-Juz del Juzgado de Menores de Zaragoza. Especialista en la Jurisdicción de Menores.

## I. INTRODUCCIÓN: TODO POSICIONAMIENTO PASA POR LA COORDINACIÓN DE LOS OPERADORES IMPLICADOS

La aspiración de este estudio viene dado por el objetivo, nada desdeñable, de ofrecer a un determinado colectivo, la clase médica, un punto de vista distinto y didáctico sobre el siempre vigente tema del mal trato al vulnerable menor, respecto al que la sociedad española ha ido tomando conciencia no sólo de la gravedad de la violencia en sí misma, sino también de la verdadera dimensión que este problema comporta<sup>1</sup>.

Aun partiendo del hecho incuestionable que al día de hoy toda agresión física o psíquica sobre la infancia supera la dimensión privada y pasa a ser considerada como un atentado directo e inmediato hacia la propia sociedad, la reflexión sobre la que ahondaremos a lo largo de este trabajo gira en torno al modo actual de afrontar este terrible problema por nuestra sociedad, donde prima la descoordinación y la vía empleada, justamente la judicial, y en concreto la penal, a modo de recurso rápido, contundente y *a posteriori*, pero que por sí sola entraña graves efectos distorsionantes, cuando además no se soluciona el problema, si acaso se condena al culpable, ¿y después, qué?; es más, somos plenamente conscientes que someter a un menor a un proceso tal y como está instituido, ocasiona un nuevo quebranto psíquico o moral, es la llamada victimización secundaria, viéndose sometido a una fuerte carga emocional, en la que llega, en no pocos supuestos, tanto a asumir la violencia como algo merecido, como a sentirse perplejo al comprobar cómo se cuestiona la exactitud y credibilidad de su testimonio<sup>2</sup>.

Ahondando en la anterior afirmación, se hace necesario insistir en la sensibilización de todos los ciudadanos y profesionales frente a ese fenómeno, que no es nuevo, pero que empieza a conocerse mejor, y aun así pese a existir mecanismos de denuncia su efectividad se ve empañada ante la presencia de una compleja burocracia, abonada con una dosis elevada de buenas intenciones en un laberinto o conjunto de conceptos, normas y recursos dispersos; por ello, es preciso establecer un posicionamiento de

---

<sup>1</sup> Instituto Aragonés de la Mujer. Servicio de Documentación, «Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000», Miscelánea, «AcquAlitaS», *Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, número 1, Zaragoza, mayo de 1999, pp. 64 y ss.

<sup>2</sup> ALONSO-QUENTY, María Luisa, «Mentira y testimonio: el peritaje forense de la credibilidad», *Anuario de Psicología Jurídica*, 1991, pp. 55 a 67.

la comunidad, en general, y de las instituciones públicas, en particular, mediante estudios e investigaciones sobre el tema, evaluando los recursos sociales existentes y posibilitando, al menos, su coordinación y si es posible la puesta en marcha de los necesarios para erradicar definitivamente tan detestable problemática y paliar las consecuencias ocasionadas en las víctimas por esa violencia.

Ciertamente, la metodología para determinar el auténtico maltrato al menor es la primera dificultad que surge en una materia como ésta, ante la ausencia de conocimientos exactos de la dimensión real de tal fenómeno<sup>3</sup>; entre otras razones, por la imposibilidad de cuantificar las cifras, no ya porque hasta 1983 en España no se recogieron datos estadísticos de este fenómeno criminal, sino por la propia idiosincrasia del hecho, pensemos entre otras razones en la estrecha relación personal con los agresores (padres, vecinos, compañeros de clase...) y del sujeto pasivo, donde la edad de esta víctima, su grado de madurez, sus especialísimas circunstancias personales, familiares y ambientales, condicionarán el éxito o fracaso de la actuación de los poderes públicos tanto en detectar el problema como en corregir o erradicar tan deplorable situación.

La segunda se refiere al lenguaje, por cuanto de lo que se trata es estimular la lectura al receptor de este trabajo, inserto en una revista científica de Medicina Legal —en concreto la Aragonesa de tal disciplina<sup>4</sup>—, y no puede obviarse la normal y lógica prevención hacia la ojeada o inmersión en todo aquello que suena a leyes, vocablos y frases jurídicas, por tanto la técnica de redacción empleada es un reto; en definitiva, se busca la huida de términos jurídicos, en exceso, imponiendo una metodología singular en su elaboración, donde el léxico si bien se trata de que sea comprensivo, sencillo y claro, no por ello debe ni puede estar exento de rigor y de una técnica correcta.

El objetivo se alcanzará si se llega a mostrar la problemática que envuelve al mundo del menor maltratado, en términos claros, precisos y consensuados, en aras de estimular la coordinación del sector sanitario en la ardua labor de promoción de las medidas susceptibles de mejorar la protección de la infancia y la adolescencia; es decir, baste, sinceramente, con que el contenido quede, al menos, en su base de datos, y de encontrarse un día ante una duda sobre la problemática aquí tratada le sirva como instrumento clarificador a cerca de cuál es su responsabilidad específica en estos casos y cómo se puede colaborar para buscar la solución más idónea y real, respecto a una situación concreta e individualiza-

---

<sup>3</sup> Circular n.º 1/1998, de 21 de octubre, de la Fiscalía General del Estado: «Intervención del Ministerio Fiscal en la persecución de los malos tratos en el ámbito doméstico y familiar».

<sup>4</sup> Con agradecimiento especial a la doctora doña Begoña Martínez Jarreta y al Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza al que pertenece, por la confianza depositada en este grupo de profesionales para realizar este bloque referido al aspecto jurídico.

da en la que se halle un niño o una familia determinada; o lo que es lo mismo, un acercamiento a una información que se nos antoja imprescindible, a modo de caja de herramientas, desde una óptica diferente, la llamada «perspectiva interdisciplinar», al venir configurada por la colaboración y coordinación de distintos profesionales e instituciones a las que representan, buscando conjugar toda una serie de actividades de naturaleza administrativa y judicial, encaminada a la prevención, tutela y protección de los menores, para dar una respuesta a la violencia desarrollada contra ellos, resaltando las siguientes esferas: dentro del *área judicial*, preferentemente los Juzgados de Instrucción, de lo Penal, de Menores y de Familia, las Fiscalías de Menores, Clínicas Forenses, Equipos Técnicos de Apoyo, Grupos de Menores de Policía Judicial —GRUMEN— y Servicios de atención a las víctimas; dentro del *área social*, los equipos de infancia de los diversos departamentos de bienestar o acción social de los Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales y Autonomías, así como talleres ocupacionales o grupos de tiempo libre y asociaciones no gubernamentales —las llamadas ONG, destacando: a nivel nacional, Cáritas, Aldeas Infantiles, Manos Unidas. UNICEF..., y localmente como MOLIMO, asociaciones parroquiales, vecinales y tantas otras—; en el *área educativa*, la importante labor de los distintos profesores y tutores de curso de cada colegio o instituto, sus gabinetes de apoyo, APAS y delegaciones territoriales de educación a través de sus diversos equipos; y por último, sin ser exhaustivos, el *ámbito médico*, resaltando muy especialmente los servicios de atención primaria o de salud mental.

De esta forma, se trata de ahondar sobre la figura del menor como víctima de malos tratos, proporcionando un compendio y ambicioso estudio a cerca de su peculiar posicionamiento jurídico, avalado con estudios del campo de la victimología (como rama de la Criminología), la Psicología, la Sociología, y la experiencia que supone a todos los profesionales intervinientes en la esfera jurídica que a continuación se desarrolla, no tanto al que suscribe que lleva más de diez años como Juez de Menores, sino a la valiosa colaboración de un elenco de insignes ilustres juristas como don Fernando García Vicente —Fiscal y actual Justicia de Aragón—, doña Rosa Casado —Fiscal y Letrada del Justicia de Aragón—, don Carlos Sancho —Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de Aragón—, don Mauricio Murillo —Magistrado-Juez de Instrucción de Zaragoza— y doña Lidia Rodríguez —Psicóloga, experta en materia de menores y en temas de mediación familiar—, todo ello con la idea de ofrecer material específico y clarificador de esta situación de riesgo, facilitando bibliografía especializada y guías concretas para prevenir y tratar ese desdenable fenómeno, que requiere de un gran y coordinado esfuerzo para su anhelada erradicación, implicando en tal acción a la Administración, a la ciudadanía en general y a la totalidad de los operadores judiciales, sociales y sanitarios que de una manera u otra están en contacto con el mundo de la infancia y la familia.

## II. EL REDESCUBRIMIENTO DEL MENOR MALTRATADO: SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El golpe de efecto de grandes titulares en los medios de comunicación y de la legislación *apresurada* que busca atajar la desdeñable situación «del niño maltratado», nos hace pensar si nuestra sociedad ha redescubierto una nueva víctima, cuando al mismo tiempo somos conscientes que siempre ha existido; entonces, ¿qué es lo que ha cambiado?

La respuesta es compleja, pero sí podemos afirmar que lo que sustancialmente ha evolucionado es el posicionamiento social ante el maltrato a menores, es decir, la actitud predisponente y/o desencadenante hacia la infancia, donde el castigo físico y/o emocional se había entendido como algo habitual y aceptado.

A la actual sensibilidad social contribuyeron, notablemente, los serios estudios realizados a partir de los años sesenta, donde se advierte científicamente de los factores de riesgo observados en niños que sufren agresiones y/o desatenciones dentro del ámbito familiar y del propio entorno estructural, al configurarse elementos potenciales con importantes disfunciones afectivas para su crecimiento y desarrollo<sup>5</sup>, además de la explosión del llamado estado del bienestar, en el mundo occidental, y en la obsesiva y plausible necesidad de proteger los derechos fundamentales de los miembros de su colectividad, de ahí que se hable del *interés del menor*, como método para identificar y proteger los derechos que puedan verse lesionados de alguna manera.

Y si lo anterior nos causa sorpresa, porque la concepción actual parece obvia, a modo indicativo pensemos cómo un sector de la doctrina norteamericana, cuyo modelo anglosajón queremos emular en diversas materias, puso de relieve hace tan sólo un par de décadas algo cuanto menos curioso: «los niños son personas»<sup>6</sup>. La cuestión no debe ser tan simple como se nos antoja, pues de lo contrario no sería necesario poner en vigor ninguna convención internacional e instar a los estados firmantes la adopción de medidas legislativas pertinentes para asegurar los derechos de la infancia<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> GRACIA FUSTER y MUSITU OCHOA, *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*, Ministerio de Asuntos Sociales, 1992, pp. 20 y ss.; con una exhaustiva revisión de los aspectos teóricos más relevantes en la comprensión de los malos tratos en la infancia.

<sup>6</sup> CAMPBELL, TOM D., «The Right of the Minor: as Person, as Child, as Juvenile, as Future Adult», en ALSSTON, PARKER, SEYMOUR Edits., *Children, Right and the Law*, Clarendon Press, Oxford, 1993, p. 17.

<sup>7</sup> Ya el artículo 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, acordaba unos cuidados especiales a la infancia.

De este modo, un simple vistazo a nuestro inmediato pasado<sup>8</sup> es suficiente para constatar esa evolución mentada; así, partimos del sistema familiar clásico, caracterizado por su estabilidad, protegido y vigilado por las leyes, las costumbres y los valores dominantes, en el que el tema del maltrato a los menores dentro del ámbito doméstico o privado carecía de trascendencia social.

En ese organigrama los hijos son considerados como «propiedad de los padres» y las relaciones para con ellos se caracterizan por una fuerte asimetría (con frecuencia también entre el esposo y la esposa), con roles de género muy definidos, entre los que destacaba el del padre, «cabeza de familia», sobre el que gira un proyecto familiar, normalmente establecido en estrecha relación con los ingresos familiares, la clase social, lugar de nacimiento..., ante lo que los hijos tienen que responder, más que la posibilidad de construir su propio futuro, expresándose en un lenguaje distante; en ese contexto la posibilidad de recurrir al castigo, incluso el físico, y, sobre todo, en el ciego deber de obediencia se presenta como algo natural.

En sí mismo ese sistema dota de estabilidad a la familia y como tal es comúnmente aceptado, donde cada uno conoce su rol, pero en el que si aparece un conflicto entre sus miembros, como puede ocurrir con alguna frecuencia, ante situaciones de crisis económica, marginación, patologías entre sus miembros..., el maltrato se vislumbraba con mayor contundencia, y es ahí cuando se convierte en un sistema familiar especialmente peligroso, al existir esa conciencia general de considerar tales asuntos como domésticos e impunes —basado en una natural «patria potestas»—, donde sus miembros no pueden librarse de él.

En todo caso, siguiendo al insigne catedrático salmantino de psicología evolutiva LÓPEZ SÁNCHEZ, sea cual sea el balance de ese sistema, hoy es insostenible en una sociedad moderna, habida cuenta que la realidad actual de la familia es bien distinta, con grandes logros, unos positivos y otros no tanto; destacando de los primeros, la protección jurídica de los menores de edad, considerándoseles como personas, el reconocimiento legal de la libertad de los adultos para vincularse o no, la mayor concesión en las relaciones de pareja a otros valores como los de intimidad y bienestar en la convivencia, además de la flexibilización de roles de género, sobre todo con el cambio sustancial del posicionamiento de la mujer, caracterizados en la proclamación de valores hacia ella como los de independencia, libertad, derecho al bienestar individual, a la promoción personal y a la participación en actividades sociales de fecundidad...

Pero frente a éstos, están los factores de riesgo que surgen como consecuencia de lo anterior, entre los que podemos destacar la inestabilidad del sistema familiar, sin desterrar a nuestro pesar las ya clásicas y vigentes causas sociales, culturales y educacionales coadyuvantes del maltrato tanto al

---

<sup>8</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, FÉLIX, *Necesidades de la infancia y protección infantil*, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1995, pp. 30 y ss.

niño como a la mujer (marginalidad, analfabetismo, incultura en general, alcoholismo, problemas económicos y laborales, desequilibrios psíquicos, frustraciones personales, caracteres violentos, etc.).

La circunstancia anterior, que en España comienza a constatarse teóricamente a partir de 1981, tras la aplicación de la llamada Ley del divorcio<sup>9</sup>, repercute directamente en los hijos, quienes se ven inmersos en un «status» distinto, con nuevas formas de convivencia, donde coexiste la familia convencional con otras, ya sea de signo de simple cohabitación dual, sin compromisos aparentes, ya sea monoparental, cuyo modelo no tiene ningún criterio unificador, ante la disparidad de situaciones por su origen y causas de instauración, tanto las determinadas por viudedad o soltería, como por separación o divorcio.

Son, sin duda, estas dos últimas, en concreto, y sobre todo sus efectos, las que teóricamente han venido a marcar un nuevo concepto más flexible y multiforme de relaciones entre personas, cuya meta esencial es la búsqueda compartida de la calidad de vida y de la felicidad, convirtiéndose, por lo que ahora interesa, en un poderoso sistema para erradicar, en no pocos casos, relaciones familiares o análogas situaciones de pareja azotadas por el abuso, las discordias continuas y los malos tratos psicológicos y físicos, si bien en la práctica, dependiendo de la posición social y económica de sus miembros, encuentran una aceptación o rechazo, y en no pocos casos a pesar de existir toda una solemne y firme resolución judicial las relaciones personales con la anterior pareja no siempre pacíficas provocan una inestabilidad tanto entre los dos ex cónyuges, como entre sus hijos comunes.

Esta nueva situación desencadenada por la crisis matrimonial, en las que se ve inmersa una parte importante de la ciudadanía, tiene un efecto directo sobre la infancia, como sector más frágil y vulnerable; y así, en niveles sociales medio y alto, se constata un esfuerzo por buscar su normalización, atajando los desajustes, al menos psicológicos y emocionales, a través de un abnegado apoyo personal y profesional, frente a las de nivel medio-bajo, donde se les considera familias «anormales», con un fuerte rechazo, considerando a tales hogares y a los hijos en concreto como sujetos en riesgo, al entender que están desatendidos y faltos de referencias para su más adecuada formación, fácilmente manipulables y frágiles para caer en conductas delictivas, de no representar bien los papeles sexuales asignados o, por ejemplo, de no sacar buenas notas<sup>10</sup>.

Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en otros países europeos, en España se produce un mantenimiento de las formas tradicionales de familia, con la consecuencia de que en 1991, en un importante estudio realiza-

<sup>9</sup> Ley 30/1981, de 7 de julio, que modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil en desarrollo de lo prevenido en el artículo 32 de la Constitución Española de 1978.

<sup>10</sup> MORENO HERNÁNDEZ, Amparo, «Familias monoparentales», *Revista de estudios Infancia y Sociedad*, Ministerio de Asuntos Sociales, número 30, Madrid, 1995, pp. 55 a 66.

do por el Ministerio de Asuntos Sociales<sup>11</sup>, se constata cómo un 85% de la población entre 20 y 24 años (un 90% de varones y un 80% de mujeres) está en situación de hijo con relación a la persona principal del hogar en que vive; y en el grupo de edad siguiente, de los 25 a 29 años, un poco más de la mitad de los jóvenes permanece sin emanciparse del hogar paterno (un 62% de varones y un 45% de mujeres), son hijos o hijas de la persona principal del hogar.

Otro dato a considerar, dentro de la evolución experimentada en nuestros días, es la posición de los padres frente a sus hijos menores, por cuanto que, aun sin crisis matrimoniales, al menos en hogares con cierta cultura, de clase media y alta, surgen modelos de riesgo que, a veces demasiado ocupados con sus actividades extradomésticas, llegan a abstraerse de su responsabilidad en el proceso educativo y formativo que su posición requiere, cuando la pérdida de poder en relación con ellos y la no infrecuente dedicación del tiempo suficiente que éstos reclaman, ocasiona unos riesgos impensables hace unos años (alcoholismo, vandalismo, fracasos escolares, embarazos no deseados y un sinfín de factores que genera la nueva subcultura juvenil), exigiendo una actitud, complicada y abnegada, en la necesaria búsqueda de mantener otras formas de disciplina, cambiando indudablemente las estrategias, pero implicando a esa familia o situación estable de convivencia de análoga relación de afectividad, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, para que pueda recibir la protección y asistencia necesarias en el sentido que pueda asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

Contrastando con todo lo anterior, respecto a las clases más bajas y marginadas, pese a la lenta evolución de la figura del padre y esposo, algo sí va cambiado gracias a las campañas de publicidad, políticas preventivas de intervención familiar y nuevos medios materiales (tales como las Casas de mujeres maltratadas o los Centros de acogida de menores) y personales (como policías de barrio o brigadas especializadas de policía judicial de menores o mujeres, educadores de calle o asistentes sociales), siendo todo ello un esfuerzo importante aunque no suficiente, donde sigue persistiendo una mayor vulnerabilidad entre los colectivos de niños y mujeres.

Las anteriores afirmaciones vienen avaladas en extensos y minuciosos estudios de sociología realizados en los últimos años sobre la familia española, cuyo resultado es unánime, y no precisamente respecto al denominado tercer mundo sino a nuestro entorno, donde confluyen algo así como dos grandes y diferenciados grupos: de un lado, las clases media-baja y baja, incluyendo en ésta el mundo marginal, desconocido y cercano —baste recorrer determinados barrios de nuestras ciudades—, y al respecto se

---

<sup>11</sup> Ministerio de Asuntos Sociales, *Informe sobre la situación de la familia española*, vol. 1, Madrid, 1992, p. 182.

llega siempre a la misma conclusión, clara correspondencia entre niño maltratado y pobre (un 87,8%), con una progresión muy alta de crecimiento cualitativo y cuantitativo; y de otro lado, las clases media-alta y alta, respecto a la cual frente al estancamiento del grupo anterior, se ha experimentado un notable cambio tanto en su estructura, como en su dinámica interna, donde se ve un incremento de maltrato, pero discreto en cifras totales medianas (un 12,2%).

*Tabla 1. Número de casos denunciados y estudiados por EDIS en la ciudad de Zaragoza, diciembre 1992<sup>12</sup>.*

CLASES SOCIALES	CASOS DENUNC.	% DE CASOS
Alta	7	0,46
Media-alta	56	3,71
Media	121	8,03
Media-baja	392	25,90
Baja	933	61,93
<b>Totales</b>	<b>1.509</b>	<b>100 %</b>

La tabla anterior no admite grandes comentarios porque es clara y diáfana. Seis de cada diez niños maltratados se dan en la clase baja y casi nueve de cada diez entre las de baja y media-baja. En las clases alta y media-alta, si se dan supuestos, se conocen pocos. Advierte, no obstante, el equipo de esta investigación que la intervención familiar en sectores de alto riesgo es muy superior y más fácil, si cabe, frente a ámbitos teóricamente más normalizados, toda vez que el número de profesionales se triplica, sobre todo por trabajadores sociales, siendo la razón de ello porque al depender casi de una manera absoluta su subsistencia de la ayuda económica que reciben de los poderes públicos, éstos tienen que admitir, aun a regañadientes, cierto control, al menos, en el proceso sanitario y educativo de sus hijos.

Ahora bien, es necesario advertir que ese supuesto control social sobre el amplio y genérico sector marginal en no pocos supuestos es un tanto ficticio, ya que hablamos de individuos totalmente primarios, inmersos tanto en sectores de delincuencia, como en culturas o etnias con una fuerte cohesión entre sus miembros guiados por unas pautas distintas y difícilmente encajables en las de nuestra sociedad, en cuyo entorno el tra-

<sup>12</sup> Edis, S. A. —Equipo de Investigación Sociológica—, dirigido por Alonso Torrén, Francisco Javier, y encargado por la Diputación General de Aragón, «El maltrato a menores en la ciudad de Zaragoza», diciembre de 1992, p. 160.

bajo de estos operadores sociales se convierte en una auténtica cruzada, donde llega a peligrar su integridad física y moral, y cuya operatividad se apoya mayoritariamente y descansa en su habilidad y entrega personal<sup>13</sup>.

### III. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL LLAMADO MALTRATO

La concreción del concepto maltrato es más complicada de lo que parece, toda vez que, en no pocas circunstancias, somos incapaces de definir su contenido, llegando a considerarlo, en general, como una serie de acciones terribles y violentas frente a la infancia, normalmente asociándolo a brutales palizas y vejaciones, y como después veremos no sólo es eso.

Tratar de acotar tal noción es indispensable para afrontar una erradicación de esta problemática social, ya que buscamos una terminología comúnmente aceptada que resulte útil a todos los operadores sociales a la hora de paliar, reconocer o proporcionar información sobre una conocida problemática familiar, vecinal o escolar, respecto a comportamientos degradantes, con cuyo silencio o ignorancia abonamos la habitualidad y retrasamos toda una serie de posibles vías de detección, etiología, tratamiento y prevención; haciéndonos cómplices, por acción u omisión, de toda una serie de subtipos de malos tratos o abandonos que sin duda ponen en peligro la satisfacción de irrenunciables necesidades físicas y/o emocionales del menor, es decir, afectando negativamente a la salud física y/o psíquica, comprometiendo su más adecuada formación como persona<sup>14</sup>.

En este estado de cosas, al día de hoy, aparece la pregunta inevitable: ¿qué son malos tratos? y ¿qué entiende cada cual por malos tratos a los niños o por menores maltratados? La contestación, como ya habíamos adelantado, no es fácil, agudizada por la ambigüedad y cierta confusión de términos, muchas veces huyendo de la cuestión, más o menos interesada, de llamar a las cosas por su nombre, lo que nos lleva inexorablemente a distinguir las más variadas sensibilidades concurrentes en una misma población, por presentarse diferentes circunstancias de índole cultural, económica o social<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> CARRACERO, ROSARIO, «Los malos tratos; tratamiento legal y jurisprudencial», trabajo incluido en el libro *Familia y violencia: enfoque jurídico*, de la Asociación Española de Abogados de Familia, editado por Dykyson, Madrid, 1999, pp. 197 y ss.

<sup>14</sup> TRIANA, B. y RODRIGO, M.ª J., «El concepto de infancia en nuestra sociedad: una investigación sobre teorías implícitas de los padres», *Infancia y Aprendizaje*, Madrid, 1985, pp. 31 y 32 y 157 a 172.

<sup>15</sup> MARTÍN ÁLVAREZ, LUIS, «El riesgo de maltrato para la infancia en el contexto familiar», *Revista de estudios Infancia y Sociedad*, Ministerio de Asuntos Sociales, número 30, 1995, pp. 145 y ss.

Así, el cerco se estrecha y lo cierto es que profundizando en el tema, todos reconocemos el concepto de maltrato, si bien no todo lo contenido en esa expresión usada es lo mismo, al expresar realidades diferentes.

Una cosa es, por ejemplo, tratar mal de palabra, otra con silencio, otra con desprecio, otra de obra, otra con bofetada esporádica, y otra con paliza y tortura sistemática.

De igual modo, una cosa es maltratar a un niño al dejarle hacer lo que le venga en gana, por laxitud y desidia de sus padres o tutores, y otra extrema, explotarlo en la mendicidad.

La actual sociedad, pese a su empeño de alcanzar el deseable estado del bienestar, más humanizado y lleno de valores, no logra erradicar problemas que siempre existieron, es más, en este extremo, es preciso darle la razón a VOLTAIRE<sup>16</sup> cuando afirma que «la civilización no suprime la barbarie; la perfecciona».

Teniendo en cuenta que el problema del maltrato es multidimensional, por cuanto que no sólo radica en la conducta maltratante en sí misma sino también en las circunstancias y características de las relaciones familiares, sociales y hasta escolares que provocan su aparición y que pueden indicar la verdadera dimensión de este tipo de situaciones, resulta difícil encontrar una definición unitaria del mismo por ser un concepto poco estudiado y delimitado científicamente.

Las definiciones encontradas provienen de distintos ámbitos, tanto del político como del social, psicológico, médico..., así, en diciembre de 1985 el Parlamento Europeo definió los malos tratos infligidos a la infancia como: «Toda violencia, no ocasional, contra la integridad física y/o psíquica del niño, o la privación de cuidados, por parte de sus padres o cuidadores que conlleve perjuicios hacia el niño al herirlo, dificultar su desarrollo o inducirlo a la muerte».

En el ámbito médico MASSON aporta la siguiente definición: «Se entiende por malos tratos a la infancia las distintas formas de disfunciones y carencias en las relaciones entre niños/as y adultos que interfieren en el desarrollo físico, psicológico, afectivo y social de los menores»<sup>17</sup>.

GIL, sociólogo, introduce otro punto de vista en el análisis del término: «El maltrato infantil sería cualquier acto que implique deliberación o, en contraposición, omisión o negligencia, emanado de personas, instituciones e incluso sociedades que priven al niño de sus iguales derechos y libertades e interfieran su óptimo desarrollo».

<sup>16</sup> ESCUDERO, FRANCISCO, «Yo... y la violencia doméstica», *Noticias jurídicas de la editorial Bosch*, número 20, febrero de 1999, p. 16.

<sup>17</sup> QUEROL, X., «El niño maltratado: una enfermedad social y un problema de salud pública», *Revista de Pediatría social, Medicina integral*, volumen 12, número 1, 1988.

En España, uno de los profesionales que más ha profundizado sobre la investigación del maltrato es Joaquín DE PAÛL, quien lo define de la siguiente manera: «El maltrato infantil se define como las lesiones físicas o psicológicas, no accidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencias de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan al desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño»<sup>18</sup>.

De todo lo que antecede, unificando los criterios resaltados en estas definiciones<sup>19</sup> se puede delimitar el concepto anhelado de maltrato, al observarse que existen una serie de *características* comunes a todas ellas y que son:

1.º La existencia de violencia no ocasional física o psíquica por parte del adulto causante del maltrato, que mantiene una relación con el niño que se caracteriza por ser asimétrica y de poder.

2.º La consideración de que ese poder asimétrico puede provenir no sólo de la familia, sino también de los cuidadores o instituciones que están en contacto con el niño, aunque no hay que olvidar que estadísticamente es el núcleo familiar donde mayor número y tipos de maltrato se detectan.

3.º La presencia de perturbaciones que se producen en el niño en sus distintos procesos de desarrollo, de ahí la importancia de una adecuada detección precoz de la situación del menor, para así poder aminorar las graves secuelas que ya de por sí provoca el maltrato.

4.º La deducción que la aparición del maltrato infantil en el seno de la familia o fuera de ella es la expresión y el resultado de un conjunto de circunstancias que remarca el carácter multidimensional del fenómeno.

En consecuencia, se constata la existencia de este irracional fenómeno, difícil de cuantificar, por distintas razones, pero respecto al cual van recabándose datos significativos que muestran no un aumento sustancial del maltrato en sí, como viene a apuntar la Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 1998, sino que ese incremento del 21% refleja una mayor confianza de la ciudadanía en la Administración de Justicia.

Además de las características apuntadas, existen una serie de datos muy significativos que ayudan a comprender y delimitar la verdadera dimensión del maltrato en la infancia y adolescencia, y que por su importancia reproducimos a continuación, extractando éstos de un riguroso estudio a nivel nacional llevado a cabo por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia, perteneciente a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la

---

<sup>18</sup> MARTÍNEZ ROIG, A., y DE PAÛL, J., *Maltrato y abandono en la infancia*. Editorial Martínez-Roca, 1993, pp. 14 y ss.

<sup>19</sup> Edis, S. A. —Equipo de Investigación Sociológica—, dirigido por Alonso Torrén, Francisco Javier, y encargado por la Diputación General de Aragón, «El maltrato a menores en la ciudad de Zaragoza», diciembre de 1992, pp. 15 y ss.

Comunidad Autónoma de Madrid, publicado en 1998 dentro del manual editado por tal departamento, llamado: «Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario»<sup>20</sup>;

- 15 de cada 1.000 menores sufren malos tratos en nuestro país.
- En el 40% de los casos los agresores son conocidos, en otro 40% pertenecen a la misma familia o son amigos de ésta y el resto se reparten entre otros familiares (tíos, abuelos...), padres adoptivos, educadores y religiosos.
- En el 86% de los casos los agresores son hombres y en el 14%, mujeres.
- Los malos tratos a menores son más frecuentes en el medio urbano (60%) que en el ámbito rural (40%).
- En el 56% de los casos los malos tratos ocurrieron una sola vez, frente al 44% en que se repitieron.
- Suelen ser más frecuentes en niños mayores de 9 años, sobre todo de 12 a 15 años.

#### IV. EL DERECHO PENAL INCAPAZ POR SÍ SÓLO DE ERRADICAR TAL SITUACIÓN

Convertimos con mucha facilidad al Derecho penal en algo así como al ejército de salvación, en el modo de estructurar la reacción social frente a conductas altamente indeseables<sup>21</sup>; se busca en el caso que nos ocupa la criminalización del presunto maltratador a través de una serie de conductas, como si ello solventara por sí solo el anómalo y reprochable comportamiento antisocial de éste frente a la víctima, normalmente su hijo o esposa.

Es más, la sensación de acudir al ordenamiento punitivo como «prima ratio» cuando, por definición, debiera ser éste el último recurso, nos lleva a pensar si asistimos a un fenómeno de hipertrofia legislativa penal, asentada en una reacción visceral y coyuntural, y alejada de una previa política criminal y política legislativa penal como sistema estable y con vocación de permanencia<sup>22</sup>; y de tal manera lo anterior no es exagerado que baste,

---

<sup>20</sup> DÍAZ HUERTAS, José Antonio, «¿Por qué los adultos maltratan a los niños?», *Revista Mujeres de Hoy*, número 10, junio de 1999, p. 8.

<sup>21</sup> TARDÓN OLMOS, María, «La violencia doméstica contra las mujeres», el Dossier de la Revista judicial informativa *Asamblea*, número 5, julio de 1999, pp. 21 y ss.

<sup>22</sup> PALACIO SÁNCHEZ-IZQUIERDO, José Ricardo, «Nueva delincuencia: aspectos problemáticos de la gran reforma penal», *Cuadernos de Derecho Judicial*, «La nueva delincuencia I», C. G. P. J., XXII, Madrid, 1993, pp. 14 y 15.

a modo de ejemplo, plasmar una real y actual improvisación, no desde luego fruto del que debió ser un sereno estudio jurídico criminológico, así, partiendo del hecho que el vigente Código Penal es de fecha 23 de noviembre de 1995, una figura jurídica como la falta de malos tratos —artículo 617.2— ha sufrido en 1999 dos modificaciones, una de fecha de 30 de abril y otra de 9 de junio.

La estrecha relación del autor del delito con la víctima exige y provoca del Estado una especial sensibilidad procesal, donde no hay duda que se van consiguiendo importantes logros, sobre todo dotando a Jueces y Fiscales de medidas cautelares contundentes —como la privación provisional o el distanciamiento físico entre el agresor y la víctima—, y de medidas protectoras de la infancia a la hora de prestar declaración en los juicios —preservando su enfrentamiento personal y directo con su presunto agresor—, pero aun así la justicia penal no se articula en función de los fines encomendados por la sociedad al efecto<sup>23</sup>.

Y es en esta vía, la penal, al elegirla como la única capaz de erradicar la alarmante situación de malos tratos a menores, cuando se fracasa, por cuanto que esta disciplina jurídica difumina parte de los hechos punibles cuando por el resultado final la maquinaria de la justicia criminal inicia su andadura, normalmente a través de terceros, con el objeto de obtener la llamada verdad material, al sancionar comportamientos concretos e individualizados, tomando como referencia obligada el testimonio de esa víctima, como valor esencial en el control del delito al dar con ello un impulso al proceso, pero también conllevando una tendencia positiva respecto al presunto agresor por aplicación de los principios fundamentales de legalidad, objetividad, imparcialidad, proporcionalidad, contradicción e igualdad; es decir, a la hora de enjuiciar la acción u omisión desencadenante la carga de la prueba descansa en la acusación y la culpabilidad del acusado sólo quedará acreditada por una actividad probatoria calificada de bastante y suficiente<sup>24</sup>; y aun así no se soluciona, a modo de varita mágica, la crisis grave o leve de convivencia entre el condenado y su víctima, en la mayoría de los casos, quien se considera abandonada, incomprendida y menospreciada, por cuanto que ella anhelaba una decidida apuesta por solucionar su situación psíquica, social, económica y familiar, en su caso.

Profundizando en el tema, siguiendo a GIMÉNEZ-SALINAS, la claridad de la norma penal no tiene nada que ver con el origen y solución al caso con-

<sup>23</sup> Acuerdo del Pleno del Consejo General del Poder Judicial de fecha 19 de junio de 1998, por el que se aprueba el preceptivo «Informe sobre las modificaciones legislativas necesarias para evitar la existencia de malos tratos en el ámbito familiar», Pleno, segundo trimestre 1998, C. G. P. J., Madrid, 1999, pp. 721 y ss.

<sup>24</sup> BARREDA GARCÍA, Armando, «Valoración de la pericia médico legal». II parte del libro *Medicina Legal, temas procesales*, Editorial Montecorvo, Madrid, 1978, pp. 47 y ss.

creto<sup>25</sup>; pensemos que el sujeto activo de estos delitos o faltas no es un agresor anónimo, es en la mayoría de los casos un familiar cercano, y la solución del conflicto criminal se convierte en una respuesta impersonal, donde el marco de expectativas para el perjudicado en el proceso es pobre, pues mientras el sistema legal sólo espera del infractor el cumplimiento de la pena (prisión, multa, inhabilitación, prohibición de acercamiento o comunicación) y, en su caso, la satisfacción de las responsabilidades civiles derivadas del delito, de éste la víctima suele esperar —y, sin éxito— mucho más: no sólo castigo y compensación económica, sino actitudes y comportamientos «personales» —no procesales— (arrepentimiento, disponibilidad para retomar y mejorar la posible relación...) que supondrían un «reencuentro» y/o una «relación interpersonal» impensables en el marco rígido y poco comunicativo de este nuestro modelo de justicia penal, que precisa de ella como leal e indispensable colaborador, y de quien recibe su solicitud de tutela judicial por haber padecido los efectos del suceso criminal como problema y conflicto interpersonal e histórico que enfrenta simbólicamente a dos seres humanos dentro del mismo grupo familiar y al Estado, aspirando de éste una dimensión social y comunitaria en el momento de arbitrar soluciones al drama concreto, al tiempo que le reclama información comprensible, respuesta pronta y justa a su demanda, y reparación eficaz del mal que se le causó en la comunidad, muchas veces no muy ambiciosas.

La intervención formal del proceso penal distancia a ambos, víctima e infractor, para evitar respuestas emotivas o pasionales, pero esa operación corre el riesgo de despersonalizar el conflicto, incomunicando definitivamente a sus protagonistas, de tal modo que si llega a radicalizarse el enfrentamiento puede cerrarse el paso a toda posibilidad de diálogo entre los contendientes, de ser viable y positivo; y así, en algunos casos, bajo la utópica perspectiva de la pretendida «resocialización» del agresor, éste ni siquiera tomaría conciencia del mal causado ante la total ausencia del mal causado hacia la víctima —con «su» víctima—, impidiendo una percepción personal y directa de los efectos de su conducta<sup>26</sup>.

Estamos, no lo olvidemos, dentro de un tema profundo, socialmente reprochable, por sus especiales características, la especial vulnerabilidad de los menores; y en esa tarea encomendada a nuestra sociedad sobre la protección legal de los derechos que ostenta sobre sus cuidados y asistencia especiales, como afirma el Preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>27</sup>, desde el punto de vista adoptado, el castigar única-

<sup>25</sup> GIMÉNEZ-SALINAS I COLOMER, Esther. «Decisiones al final de la vida...», *Estudios de Derecho Judicial*, número 15, 1998, pp. 79 y ss.

<sup>26</sup> GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, ANTONIO. «El redescubrimiento de la víctima...», *Cuadernos de Derecho Judicial*, C. G. P. J., *La victimología*, número XV, Madrid, 1993, pp. 285 y ss.

<sup>27</sup> Instrumento de ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 («BOE», núm. 313, de 31 de diciembre de 1990).

mente al culpable, en todo caso, no resuelve nada, mientras la reparación del daño es siempre necesaria.

Lo anterior no implica que haya de desdeñarse al Derecho penal, al revés ocupa una importante función, primordial en nuestra convivencia, puesto que muestra una ordenación de conductas humanas que se imponen coactivamente cuando el legislador la estima como de interés social, y su inobservancia lesiona intereses humanos elevados a la categoría de bienes jurídicos, utilizando para conminarla el más potente instrumento de coacción jurídica de que dispone el «ius puniendi» del Estado: la pena<sup>28</sup>; pero ésta por sí misma no soluciona los problemas de la víctima, ni es generalmente útil para el delincuente, además de conllevar un elevado coste social, todo pasa por una decidida política preventiva que afronte los llamados factores de riesgo.

En definitiva, abogamos por un derecho penal que cumpla, primordialmente, su más deseable finalidad, justamente la de prevención general, debiendo estar siempre ahí, alerta, sujeto a los principios de legalidad, proporcionalidad, oportunidad e intervención mínima, además de ser respetuoso con todas las garantías procesales, y como tal contundente, rápido y eficaz, pero no por eso podemos desviar la atención sobre este real y grave problema aquí tratado, que es algo más que jurídico y punitivo, ya que se trata de un tema de sensibilización, prevención e investigación que afecta esencialmente al sistema educativo y a los servicios sanitarios, policiales y sociales hacia la toma de conciencia y transmisión del valor de la no violencia contra la infancia y la adolescencia como un atentado hacia la propia sociedad, como un ataque a la esencia de la democracia<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> CONDE-PUMPIDO FERREIRO, Cándido, *Derecho Penal. Parte general...*, Editorial Colex, Madrid, 1996, pp. 13 y ss.

<sup>29</sup> BERNUZ BENÉITEZ, María José, *De la protección de la infancia a la prevención de la delincuencia*. Edita el Justicia de Aragón, Zaragoza, 1999, pp. 101 y ss.

## EL MINISTERIO FISCAL ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

CARLOS SANCHO CASAJÚS\*

**Resumen:** La Justicia Penal española tiene en la actualidad suficientes instrumentos legales para poder combatir la violencia doméstica e intentar, si no erradicarla, por lo menos que la sociedad perciba que los agresores serán duramente castigados.

Así el art. 153 Cp. 1995 castiga con penas de prisión de 6 meses a 3 años el mero hecho de golpear y/o insultar habitualmente o con reiteración un cónyuge o compañero sentimental (que estadísticamente suele ser el varón contra la mujer) al otro cónyuge o compañero sentimental. Además estas penas se acumulan a los resultados lesivos que se causen al poner la mano encima a la persona golpeada o vejada.

También se debe destacar la posibilidad de pedir prisión preventiva por estos hechos para evitar la reiteración de malos tratos; o prohibir a la persona maltratadora que se acerque o se comunique con la persona maltratada con arreglo a la reforma de Leocr. de fecha 9 de junio de 1999.

**Palabras clave:** Violencia doméstica. Maltrato infantil. Violencia familiar. Ministerio fiscal.

**Abstract:** Spanish Criminal Justice currently has sufficient legal instruments in order to be able to combat domestic violence and to try to, if not eradicate it, at least make society understand that the aggressors will be severely punished.

Thus, art. 153 PC 1995 punishes, with prison sentences from 6 months to 3 years, for the mere fact of one spouse or sentimental partner habitually or repeatedly hitting and/or insulting the other spouse or sentimental partner (which statistically tends to be the man against the woman). Additionally, these sentences accumulate along with the harmful results

---

\* Fiscal coordinador de los delitos de Violencia Doméstica en la Fiscalía de Zaragoza.

that are caused when a hand is used against the person who has been hit or harassed.

It should also be pointed out that there is the possibility to request preventive prison due to these facts in order to avoid repetition of the mistreatment or to prohibit the mistreating person from getting close to or communicating with the mistreated person, in accordance with the Lecr. Reform of June 9, 1999.

***Key-words:*** Domestic violence. Child mistreatment. Family violence. Public Prosecutor's Office.

La presente ponencia se va a limitar, fundamentalmente, a cuál es la postura del Ministerio Fiscal en España, y sobre todo en Zaragoza y su provincia, para reaccionar punitivamente y hacer frente al problema social que representa la violencia doméstica o los malos tratos en el ámbito familiar.

En el aspecto preventivo y sancionador en el que, primordialmente, se desenvuelve la labor del Fiscal para castigar la violencia doméstica, se deben distinguir dos clases de respuestas con arreglo a nuestro ordenamiento jurídico:

- Una respuesta penal o castigadora.
- Y una respuesta procesal o preventiva.

## I. ÁMBITO PENAL SUSTANTIVO O RESPUESTA PUNITIVA

*A) La violencia doméstica puede dar lugar a la comisión de diferentes tipos o infracciones penales, que de menor a mayor gravedad se podrían resumir en los siguientes:*

— Artículo 620: *Falta de amenazas y coacciones.*

«Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días:

1.º Los que, de modo leve, amenacen a otro con armas u otros instrumentos peligrosos, o los saquen en riña, como no sea en justa defensa, y salvo que el hecho sea constitutivo de delito.

2.º Los que causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve.

Los hechos descritos en los dos números anteriores sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el artículo 153, la pena será la de arresto de dos a cuatro fines de semana o la de multa de diez a veinte días, teniendo en cuenta la posible repercusión económica que la pena impuesta pudiera tener sobre la propia víctima o sobre el conjunto de los integrantes de la unidad familiar. *En estos casos no será exigible la denuncia a que se refiere el párrafo anterior de este artículo, excepto para la persecución de las injurias.»*

Párrafo penúltimo del artículo 620, redactado y párrafo final introducido por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modifica-

ción del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

— Artículo 617.2, párrafo segundo: *Falta de malos tratos.*

2. «El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de *arresto de uno a tres fines de semana o multa de diez a treinta días.*

Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el artículo 153, la pena será la de *arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses*, teniendo en cuenta la posible repercusión económica que la pena impuesta pudiera tener sobre la propia víctima o sobre el conjunto de los integrantes de la unidad familiar.»

Número 2 del artículo 617, redactado por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

— Artículo 617.1: *Falta de lesiones.*

«El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no definida como delito en este Código, será castigado con la pena de *arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses.*»

— Artículo 169: *Delito de amenazas.*

«El que amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, será castigado:

1.º Con la pena de *prisión de uno a cinco años*, si se hubiere hecho la amenaza exigiendo una cantidad o imponiendo cualquier otra condición, aunque no sea ilícita, y el culpable hubiere conseguido su propósito. De no conseguirlo, se impondrá la pena de *prisión de seis meses a tres años.*

Las penas señaladas en el párrafo anterior se impondrán en su mitad superior si las amenazas se hicieren por escrito, por teléfono o por cualquier medio de comunicación o de reproducción, o en nombre de entidades o grupos reales o supuestos.

2.º Con la pena de *prisión de seis meses a dos años*, cuando la amenaza no haya sido condicional.»

— Artículo 172: *Delito de coacciones.*

«El que sin estar legítimamente autorizado impidiere a otro con violencia hacer lo que la Ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto, será castigado con la pena de *prisión de seis meses a tres años o con multa de seis a veinticuatro meses*, según la gravedad de la coacción o de los medios empleados.

Cuando la coacción ejercida tuviera como objeto impedir el ejercicio de un derecho fundamental, se impondrán las penas en su mitad superior, salvo que el hecho tuviera señalada mayor pena en otro precepto de este Código.»

— Artículos 147, 148, 149 y 150: *Delitos de Lesiones:*

Artículo 147: «1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de *prisión de seis meses a tres años*, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de *arresto de siete a veinticuatro fines de semana o multa de tres a doce meses*, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido».

Artículo 148: «Las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo anterior podrán ser castigadas con la pena de *prisión de dos a cinco años*, atendiendo al resultado causado o riesgo producido:

1.º Si en la agresión se hubieren utilizado armas, instrumentos, objetos, medios, métodos o formas concretamente peligrosas para la vida o salud, física o psíquica, del lesionado.

2.º Si hubiere mediado ensañamiento.

3.º Si la víctima fuere menor de doce años o incapaz».

Artículo 149: «El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de *prisión de seis a doce años*.»

Artículo 150: «El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de *prisión de tres a seis años*».

— Artículo 138: *Delito de homicidio:*

«El que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de *prisión de diez a quince años*».

— Artículo 139: *Delito de asesinato:*

«Será castigado con la pena de *prisión de quince a veinte años*, como reo de asesinato, el que matare a otro concurriendo alguna de las circunstancias siguientes:

1.º Con alevosía.

2.º Por precio, recompensa o promesa.

3.º Con ensañamiento, aumentado deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido.»

*Hay que destacar que en estos delitos, normalmente, será de aplicación la agravante de parentesco, ya que el Cp sanciona con más pena cuando el agredido o lesionada (que será la regla general) es cónyuge o compañero sentimental del agresor, según señala el artículo 23 del Código Penal (Cp) 1995:*

Artículo 23:

«Es circunstancia que puede atenuar o agravar la responsabilidad según la naturaleza, los motivos y los efectos del delito, ser el agraviado *cónyuge o persona a quien se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad*, ascendiente, descendiente o hermano por naturaleza, por adopción o afinidad en los mismos grados del ofensor.»

No obstante y, curiosamente, esta agravante de parentesco no concurrirá si media separación judicial o de hecho entre el agresor y la víctima, al haber desaparecido, entonces, la *affectio maritalis* o relación de afectividad entre ellos.

Así, según la STS de 9 de junio de 1998 (Martínez Pereda):

«En esta misma línea doctrinal, ha recogido la S 631/1997, de 6 de mayo, que según la jurisprudencia más reciente, que incluso en los supuestos de parentesco por matrimonio en la necesidad de una concurrencia real de afecto entre parientes Ss 27 de diciembre de 1999, 4 y 13 de octubre de 1993 y 5 de octubre de 1995, por lo que *si la unión conyugal estuviera rota de hecho y desaparecida la affectio maritalis, aun sin separación legal o divorcio, no puede apreciarse la circunstancia*, lo que repite la de 13 de junio de 1997.»

B) Artículo 153 Cp:

«El que habitualmente  *ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad*, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de *prisión de seis meses a tres años*, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

*Para apreciar la habitualidad* a que se refiere el párrafo anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.»

Artículo 153, redactado por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Este artículo 153 es fundamental para dar una respuesta contundente a la reiteración de malos tratos a los cónyuges o a las compañeras sentimentales de los agresores; ya que normalmente y en un altísimo porcentaje el sujeto activo o agresor del delito será el hombre y el sujeto pasivo o víctima será la mujer.

La evidente alarma social que ha producido estas agresiones en el ámbito doméstico ha motivado que la *Fiscalía General del Estado* remitiese una *Circular* a todos los Fiscales de España: la Circular número 1/1998, 21 de octubre 1998, recordando la obligación de todos los fiscales de perseguir con *absoluta contundencia* esta clase de agresiones físicas; y hoy también las agresiones psíquicas, a partir de la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, que entró en vigor el 10 de junio de 1999.

Este artículo 153 tiene su origen en la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, por la que se articulaba el Cp de 1973. El Cp 1995 recogió este artículo en su número 153, que al final ha tenido que ser nuevamente modificado por la citada L.O. 14/1999, de 9 de junio, para castigar no sólo la violencia física habitual, sino también la *violencia psíquica habitual: insultos, amenazas, coacciones habituales sobre el cónyuge o compañera sentimental*.

*C) Concepto de HABITUALIDAD y concurso de delitos: Se entiende que hay habitualidad física que exige el citado artículo 153 a partir de la tercera agresión, haya o no haya denuncia previa por parte de la agredida.*

STS 20 diciembre 1996 (Soto Nieto):

«Séptimo. También en sede del artículo 849.1.º se interpone el motivo sexto del recurso aduciendo infracción, por aplicación indebida, del artículo 425 Cp (Cp 1973; hoy art. 153 Cp 1995), aplicado indebidamente. Se hace constar en el *factum* que a causa del alcoholismo, el procesado, y con intención de persuadir a su esposa para que se abstuviera de consumir bebidas alcohólicas, le propinó golpes y palizas, constatándose las mismas en manifestaciones hechas por aquélla a la psicóloga que la atendía en consultas de 3 de diciembre de 1992, 25 de enero de 1993 y julio de 1994, entre otras... Para la sentencia de instancia la actividad dolosa del procesado, dadas sus reiteraciones, finalidad perseguida y unión conyugal con la víctima, debe encuadrarse y tipificarse como lesiones habituales de carácter familiar, delito que fue introducido en el Código Penal en el artículo 425 L.O. 21 de junio de 1989. Habiendo de entenderse por *habitualidad la repetición de actos de idéntico contenido, con cierta proximidad cronológica, tal y como acontece en el supuesto de autos, siendo doctrinal y jurisprudencialmente consideradas como tal siempre que existan al menos agresiones cercanas*. Existe perfecta correlación entre los hechos dados por probados y la pertinente y oportuna aplicación del precepto, cuya oportunidad se discute. Norma penal, la aludida, creada con la finalidad de proteger a las personas físicamente más débiles frente a las agresiones de los miembros más fuertes de la familia; en definitiva, de *proteger la dignidad de la persona humana en el seno de la familia y, concretamente, su derecho a no ser sometida a trato inhumano o degradante alguno*. Si como consecuencia de los hechos se producen lesiones típicas, habrá que acudir al concurso. El artículo 153 Cp de 1995 reproduce, con ligeras modificaciones, el sentir y proyección del originario artículo 425.»

Después de la repetida Ley Orgánica 14/99 habrá que tener en cuenta el párrafo segundo del mencionado artículo 153 Cp para determinar la habitualidad, tanto en el aspecto físico como en el psíquico, pero siempre

con la pauta interpretativa de que a partir de la tercera agresión física o psíquica puede implicar esta habitualidad.

- Se deben poner de relieve una serie de ejemplos de *agresiones físicas*, con las consiguientes sanciones penales, para apreciar la contundencia del Cp 1995 en reprimir la violencia doméstica:
  - Agresiones habituales (en tres o más ocasiones) sin resultados lesivos aparentes: puñetazos, empujones, tirar al suelo, palizas en general, etc.: se castigaría con el tipo penal del artículo 153 con penas que podrían llegar hasta los tres años, más las correspondientes penas del mencionado artículo 617.2 por cada uno de los empujones o puñetazos, etc., que le haya producido.
  - Agresiones habituales en que en una de las ocasiones se rompe una ceja, por ejemplo, con dos puntos de sutura: castigo con dos delitos, el del artículo 153, más el del 147, con penas acumulativas de hasta seis años.
  - Agresiones habituales en que una de las ocasiones se utiliza una navaja para agredir, exigiendo tratamiento farmacológico para curar la agresión: se castigaría con dos delitos, el del artículo 153, más el del artículo 148.1.º, con penas acumulativas de hasta ocho años.
  - Agresiones habituales en que en una de las ocasiones se le ha abierto una cicatriz en pleno rostro a la mujer: se castigaría con dos delitos, el del artículo 153, más el del 150, con penas acumulativas de hasta nueve años.
  - Agresiones habituales en que en una de las ocasiones se mata a la esposa o compañera sentimental: se castigaría con dos delitos, el del repetido artículo 153, más el delito de homicidio o el del asesinato (arts. 138 ó 139, respectivamente), con penas de más de quince años.

*D) AFFECTIO MARRITALIS y exclusión del NOVIAZGO: No se aplicará este delito del artículo 153 cuando la pareja no viva junta, ya que el tipo penal exige convivencia y relación de afectividad, quedando fuera también de su aplicación el noviazgo, al no convivir juntos.*

STS 11 de mayo de 1995 (Puerta Luis):

«Cuarto. El cuarto motivo, al amparo del artículo 849.1.º de la LECr., denuncia infracción —por aplicación indebida— del artículo 425 del Código Penal (del Cp 1973; hoy 153 Cp 1995).

Dice la parte recurrente, en apoyo de este motivo, que "... de la lectura meditada de la sentencia que se recurre en modo alguno aparece que la *relación de noviazgo* entre el acusado y la perjudicada puede equipararse a la situación de parentesco entre cónyuges, o a una relación de hecho afín al matrimonio".

No cuestionados los actos de violencia ejercidos por el acusado sobre la víctimas, en las ocasiones que se precisan en el "hecho probado", la parte

recurrente se limita aquí a negar que en el presente caso concorra el *elemento normativo del tipo*, consistente en que el agresor y la víctima estuvieron unidos por una relación de afectividad análoga a la existente entre cónyuges, por entender que la relación de noviazgo, que ambos mantenían a la sazón, no puede tener tal carácter.

En relación con la anterior argumentación, debemos comenzar reconociendo la relativa ambigüedad de la expresión utilizada por el legislador para definir el tipo penal a que se refiere este motivo y, al mismo tiempo, el carácter sumamente oneroso que para el acusado tendría una interpretación extensiva de la misma que, por lo demás, debe estimarse legalmente proscrita (v. art. 4.2 del Código Civil).

El artículo 425 del Código Penal, al referirse al sujeto pasivo del delito de lesiones que el mismo define, habla de “*cónyuge o persona a la que estuviere unido por análoga relación de afectividad*”. Como es sabido, la relación conyugal es la que une al marido y a la mujer, es decir, a las personas de distinto sexo que han contraído matrimonio; uno de cuyos efectos más característicos lo constituye, sin duda, la “*vida común*” de los cónyuges, esto es, la convivencia habitual de los mismos en la misma casa (v. art. 68 del Código Civil). La relación matrimonial —como es notorio— es la constituida por la unión del hombre y la mujer dirigida al establecimiento de una plena comunidad de vida. Ha sido tradicional decir que los esposos compartían techo, mesa y lecho. Debe concluirse, pues, que por relación personal análoga al matrimonio habrá de entenderse únicamente la existente entre personas de distinto sexo que, por haber contraído matrimonio, *convivan de hecho “more uxorio”, lo que usualmente se conoce como parejas o uniones de hecho*.

En el presente caso, la relación existente entre el acusado y la víctima no pasó de una relación de *noviazgo*, bien que en ella llegasen a tener relaciones sexuales íntimas, teniendo el proyecto de contraer matrimonio en fechas relativamente próximas a los hechos de autos, a cuyo objeto el acusado se estaba construyendo una casa.

*Así las cosas, es patente que sin una interpretación extensiva de la expresión legal (“análoga relación afectiva” a la de los cónyuges), legalmente proscrita, como ya hemos dicho, no puede entenderse incluida en la misma la relación que mantenían acusado y víctima al no convivir de modo habitual en la misma casa.*

Procede, en conclusión, la estimación de este motivo.»

*E) Otro aspecto importante para luchar contra esta clase de delincuencia es la posibilidad de pedir la pena accesoria del artículo 57 Cp: Este artículo 57 también es fundamental para la tranquilidad de las mujeres que se han sentido maltratadas por sus maridos o compañeros; ya que implica una pena añadida a la pena de prisión, de ahí su carácter de accesoria a la pena principal de prisión, evitando que el marido o compañero sentimental pueda acercarse de nuevo a la víctima. Su incumplimiento, además del posible nuevo delito de lesiones o amenazas perpetrado, incurriría en otro delito, que es del Quebrantamiento de Condena del artículo 468.*

Artículo 57: «Los Jueces o Tribunales, en los delitos de homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, atendiendo a la gravedad de los hechos o al peligro que el delincuente represente, podrán acordar en sus sentencias, dentro del periodo de tiempo que

los mismos señalen que, en ningún caso, excederá de cinco años, la imposición de una o varias de las siguientes prohibiciones:

a) *La de aproximación a la víctima*, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

b) *La de que se comunique con la víctima*, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

c) *La de volver al lugar en que se haya cometido el delito* o de acudir a aquel en que resida la víctima o su familia, si fueren distintos.

También podrán imponerse las prohibiciones establecidas en el presente artículo, por un período de tiempo que no excederá de seis meses, por la comisión de una infracción calificada como falta contra las personas de los artículos 617 y 620 de este Código.»

Artículo 57 redactado por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Como se ha dicho el incumplimiento de este artículo 57, además del posible nuevo delito de lesiones o amenazas, incurriría en otro delito, que es de Quebrantamiento de Condena del artículo 468 Cp:

«Los que quebrantasen su condena, medida de seguridad, prisión, medida cautelar, conducción o custodia, serán castigados con la pena de prisión de seis meses a un año si estuvieran privados de libertad, y con la multa de doce a veinticuatro meses en los demás casos.»

*F) Cuando la pena de prisión con que se ha castigado al marido o compañero sentimental puede resultar contraproducente y/o este marido o compañero son delinquentes primarios, el Cp permite la suspensión de dicha pena: Se aplica, por lo tanto, esta suspensión cuando los Jueces deciden dar una nueva oportunidad a los maridos o compañeros, no decretándose la prisión al suspenderse el ingreso en la cárcel.*

Entonces esta suspensión de la pena de prisión se subordina a la aplicación de determinadas condiciones que si se incumplen acarrearía su inmediato ingreso en prisión:

— Artículo 83, 1, 1.º y 2.º bis Cp:

1. *La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el plazo fijado por el Juez o Tribunal conforme al artículo 80.2 de este Código. En el caso de que la pena suspendida fuese de prisión, el Juez o Tribunal sentenciador, si lo estima necesario, podrá también condicionar la suspensión al cumplimiento de las obligaciones o deberes que le haya fijado de entre las siguientes:*

1.º Prohibición de acudir a determinados lugares.

1.º bis. *Prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal, o de comunicarse con ellos.*

Subapartado 1.º bis del número 1 del artículo 83, redactado por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Por lo tanto, con este artículo 83 Cp se obliga al marido o compañero sentimental a que no se acerque por el domicilio de su esposa o compañera, o por el lugar de su trabajo, o que la llame o le moleste por teléfono, etc., ya que caso de incumplirlo se le revocaría la suspensión de la ejecución de la pena de prisión ingresando en la cárcel.

*G) En el supuesto de maridos o compañeros sentimentales con problemas psiquiátricos (celopatías, por ejemplo), de alcoholismo, drogadicción, entonces las penas a imponer resultan bastante disminuidas por la aplicación tanto de eximentes como semieximentes, que son circunstancias que al disminuir la culpabilidad del autor del hecho criminal, rebajan consiguientemente el castigo a imponer.*

Pero como estos sujetos pueden ser elementos peligrosos ante la probabilidad de que vuelvan a cometer nuevas agresiones a sus cónyuges o compañeras, el Cp les impone lo que se llama *MEDIDAS DE SEGURIDAD, fundamentadas tanto en su peligrosidad como en su posible reiteración*. Están contenidas en los artículos 101-105 Cp:

*Artículo 101.* «1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20 (*Anomalías o alteraciones psíquicas*) se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida *no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador*, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.»

*Artículo 102.* «1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 (*alcoholismo y drogadicción*) se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida *no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador* de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.»

*Artículo 103.* «1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3.º del artículo 20 (*sordomudez que implica analfabetismo con desconocimiento de la realidad social, por ejemplo*), se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad,

si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida *no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal* sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3. En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 97 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza.»

*Artículo 104:* «En los supuestos de *eximente incompleta* en relación con los números 1.º, 2.º y 3.º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.»

*Artículo 105:* «En los casos previstos en los artículos 101 a 104, el Juez o Tribunal podrá acordar razonablemente, *desde un principio o durante la ejecución de la sentencia*, la imposición de la observancia de una o varias de las siguientes medidas:

1. Por un tiempo no superior a cinco años:

a) Sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.

b) Obligación de residir en un lugar determinado.

c) Prohibición de residir en el lugar o territorio que se designe. En este caso, el sujeto quedará obligado a declarar el domicilio que elija y los cambios que se produzcan.

d) Prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas.

e) Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

f) Sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

g) *Prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal, o de comunicarse con ellos.*

Letra g) del número 1 del artículo 105, redactada por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

2. Por un tiempo de hasta diez años:

a) La privación de la licencia o del permiso de armas.

b) La privación del derecho a la conducción de vehículos a motor y ciclomotores.

El Juez de Vigilancia Penitenciaria o los servicios correspondientes del Ministerio de Justicia e Interior o de la Administración Autónoma informarán al Juez o Tribunal sentenciador sobre el cumplimiento de estas medidas.»

*H) Los Fiscales también estamos reaccionando contra la violencia doméstica a través de la posibilidad de aplicar el artículo 464 Cp: delito de obstrucción a la justicia que cometería el marido o compañero sentimental cuando intimida a su mujer para que retire la denuncia o no declare como testigo o parte contra el otro cónyuge: la pena de prisión tiene una extensión de 1 a 4 años, además de una pena de multa.*

Artículo 464: «1. El que con violencia o intimidación intentare influir directa o indirectamente en quien sea *denunciante, parte* o imputado, abogado, procurador, perito, intérprete o *testigo* en un procedimiento para que modifique su actuación procesal, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a veinticuatro meses.

Si el autor del hecho alcanzara su objetivo se impondrá la pena en su mitad superior.

2. *Iguales penas se impondrán* a quien realizare cualquier acto atentatorio contra la vida, integridad, libertad, libertad sexual o bienes, *como represalia* contra las personas citadas en el apartado anterior, por su actuación en procedimiento judicial, sin perjuicio de la pena correspondiente a la infracción de que tales hechos sean constitutivos.»

## II. ÁMBITO PROCESAL PENAL O RESPUESTA INMEDIATA CON MEDIDAS CAUTELARES

Este aspecto del Ministerio Fiscal es fundamental mientras se está a la espera de la celebración del oportuno juicio contra ese marido o compañero sentimental que ha cometido algunos de los hechos mencionados anteriormente en el ámbito punitivo.

Desde que se comete el hecho criminal hasta que recae la sentencia pueden transcurrir meses o semanas (a pesar de la importante aceleración que ha recibido esta materia con la creación de nuevos Juzgados de lo Penal), por lo que es inevitable adoptar una serie de medidas que garanticen la seguridad de las mujeres maltratadas para que no se vuelvan a repetir hechos parecidos.

Pues bien, a esta situación trata de hacer frente el Derecho Procesal a través de las *medidas cautelares*, fundamentadas en dos razonamientos: *fumus bonis iuris* (apariencia delictiva en el hecho denunciado) y *periculum in mora* (riesgo de sustraerse a la acción de la justicia o de repetir hechos parecidos si no se adoptan estas medidas cautelares).

A) *Incoación de diligencias previas*: Se debe terminar con el cómodo expediente de los Juzgados de Instrucción de ante una denuncia de malos tratos sin resultado lesivo o con resultado de falta, declarar automáticamente tal hecho FALTA, incluso, en el mismo Juzgado de Guardia.

A partir de ahora, el Fiscal exige a los Juzgados de Instrucción que incoen el *procedimiento de diligencias previas* con la finalidad primordial de investigar la posible comisión de un delito del artículo 153, tomando declaración a la denunciante para que pueda concretar la habitualidad de esas violencias físicas o psíquicas. Por lo que en su caso es inevitable interponer los oportunos recursos.

Los Fiscales partimos del dato empírico que si una mujer denuncia es porque con bastante anterioridad su pareja le viene maltratando. La simple interposición de la denuncia puede estar revelando la habitualidad, por lo que hay que investigarlo a través del procedimiento penal idóneo para ello, que es, como se ha dicho, el *procedimiento de diligencias previas*.

Incluso se han dado las órdenes oportunas por si en la correspondiente vista oral de un juicio de faltas se apreciase, por la contundencia de la mujer maltratada, la habitualidad de los malos tratos, habrá que interesar el oportuno testimonio de particulares para la incoación de las diligencias previas por un presunto delito del artículo 153, sin perjuicio de que en ese juicio de faltas se dicte la sentencia que corresponda del hecho concreto enjuiciado.

En definitiva, que toda denuncia de malos tratos se va a tramitar por el procedimiento penal de delitos, y no por el procedimiento de faltas (que es un procedimiento para infracciones leves), como hasta recientemente se venía haciendo.

*B) Posibilidad excepcional de pedir la prisión provisional al amparo del artículo 503 y 504 LECr., valorando la posibilidad o el riesgo de repetición de actos análogos.*

— STC 7 de abril de 1997 (Viver Pi-Sunyer), en donde se legitiman los diversos supuestos para la constitucionalidad de esta medida cautelar, entre los que se incluyen el riesgo de reiteración delictiva:

«conjuración de ciertos riesgos relevantes que para el desarrollo normal del proceso, para la ejecución del fallo o, en general, para la sociedad, parten del imputado: "su sustracción de la acción de la Administración de Justicia, la obstrucción de la instrucción penal y, en un plano distinto *aunque íntimamente relacionado, la reiteración delictiva*".»

Lógicamente, esta medida cautelar es la más grave del ordenamiento procesal contra una persona mientras está a la espera de juicio, ya que, por un lado, esa persona está amparada por la presunción de inocencia (art. 24.2 CE); pero, por otro lado, está la alarma social que producen estos hechos *así como el peligro de repetición de hechos análogos si el denunciado sigue en libertad*. Por lo tanto, es una medida extraordinaria, excepcional, que sólo la pedimos los Fiscales cuando los hechos denunciados son graves: homicidios, lesiones importantes.

Pero también se debe decir que la estamos pidiendo cuando, aunque los hechos denunciados no sean tan graves desde el punto de vista puniti-

vo, si observamos riesgo elevado de reiteración delictiva (que va a seguir maltratando si queda en libertad, fundamentalmente); y, sobre todo, cuando otras medidas preventivas han fracasado (ejemplo típico, la prohibición de acercarse a la mujer maltratada) por su incumplimiento por el marido o compañero sentimental.

*C) Libertad provisional del agresor, que implica un cierto control del marido o compañero sentimental por el Juzgado de Guardia y de Instrucción:*

— Obligación *apud acta* de comparecencia, incluso todos los días, ante el correspondiente Juzgado de Guardia (Instrucción FGE 1/1988). Es decir, su personación o ir a firmar al Juzgado de Guardia los días que se acuerde por el Juez.

— Prohibición judicial de acercarse al domicilio o lugar de trabajo del cónyuge agredido o de comunicarse con ella. Esta medida es la más utilizada por los Fiscales y los Juzgados de Guardia; y se debe decir que está funcionando satisfactoriamente, ya que se advierte claramente al marido o compañero sentimental que su incumplimiento acarrearía no sólo la comisión del delito de quebrantamiento de medida del citado artículo 468 Cp, sino que inevitablemente el Fiscal interesaría del Juzgado el ingreso en prisión preventiva de ese marido o compañero incumplidor.

Esta prohibición está regulada en el artículo 544 *bis* LECr.:

Artículo 544 *bis* LECr.: «En los casos en que se investigue un delito de los mencionados en el artículo 57 del Código Penal, el Juez o Tribunal podrá, de forma motivada y cuando resulte estrictamente necesario al fin de protección de la víctima, imponer cautelarmente al inculpado la prohibición de residir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local, o Comunidad Autónoma.

En las mismas condiciones podrá imponerle cautelarmente la prohibición de acudir a determinados lugares, barrios, municipios, provincias u otras entidades locales, o Comunidades Autónomas, o de aproximarse o comunicarse, con la graduación que sea precisa, a determinadas personas.

Para la adopción de estas medidas se tendrá en cuenta la situación económica del inculpado y los requerimientos de su salud, situación familiar y actividad laboral. Se atenderá especialmente a la posibilidad de continuidad de esta última, tanto durante la vigencia de la medida como tras su finalización.

El incumplimiento por parte del inculpado de la medida acordada por el Juez o Tribunal podrá dar lugar, teniendo en cuenta la incidencia del incumplimiento, sus motivos, gravedad y circunstancias, a la adopción de nuevas medidas cautelares que impliquen una mayor limitación de su libertad personal, sin perjuicio de las responsabilidades que del incumplimiento pudieran resultar.»

Artículo 544 *bis*, introducido por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

*D) PROTECCIÓN DE TESTIGOS regulada en la Ley 19/1994, de 23 de diciembre. La esposa o compañera sentimental al denunciar la agresión física o los malos tratos se convierte en testigo de cargo para la acusación fiscal o de su propio abogado si se persona en la causa contra su marido o compañero; por lo que es evidente que podría entrar en aplicación esta importante ley de protección de testigos.*

Artículo 3.2 Ley 19/1994: «A instancia del Ministerio Fiscal y para todo el proceso, o si, una vez finalizado éste, se mantuviera la *circunstancia de peligro* grave prevista en el artículo 1.2 de esta Ley, se brindará a los testigos y peritos, en su caso, *protección policial*. En casos excepcionales podrán facilitárseles documentos de una *nueva identidad y medios económicos* para cambiar su residencia o lugar de trabajo. Los testigos y peritos podrán solicitar ser conducidos a las dependencias judiciales, al lugar donde hubiere de practicarse alguna diligencia o a su domicilio *en vehículos oficiales* y durante el tiempo que permanezcan en dichas dependencias se les facilitará un local reservado para su exclusivo uso, convenientemente custodiado.»

Es una situación realmente extrema en el que la propia mujer está realmente amenazada por el temor que tiene a su marido o compañero sentimental: para solucionar estas situaciones se podría llegar a aplicar esta Ley de Protección de Testigos, que aunque pensada para luchar contra la delincuencia organizada, lo cierto es que en casos límite se podría traer a colación ante maridos psicópatas, por ejemplo, o familiares del marido con ánimo de venganza.

*E) Otra posibilidad importante que ofrece nuestra Ley de Enjuiciamiento Criminal es la aplicación del artículo 13 LECr. Este artículo 13 es un auténtico cajón de sastre procesal en nuestra más que centenaria Ley de Enjuiciamiento Criminal, que se está utilizando para «expulsar» al marido de la vivienda conyugal (ya sea ganancial, en propiedad exclusiva o compartida con la mujer o en arrendamiento) y atribuir temporalmente el uso de la misma a la esposa mientras se resuelve la denuncia penal y/o se acude al Juzgado de Familia para la correspondiente separación judicial o divorcio.*

Artículo 13: «Se consideran como primeras diligencias la de consignar las pruebas del delito que puedan desaparecer, la de recoger y poner en custodia cuanto conduzca a su comprobación y a la identificación del delincuente, la de detener, en su caso, a los presuntos responsables del delito, y *la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, a sus familiares o a otras personas pudiendo acordarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el artículo 544 bis de la presente Ley.*»

Artículo 13, redactado por L.O. 14/1999, de 9 de junio («BOE» del 10 de junio), de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Este artículo 13 LECr también está dando mucho juego en los Juzgados de Guardia para proteger a las mujeres en el primer momento de la denuncia, sacando al marido o compañero sentimental del domi-

cilio conyugal y prohibiéndole que se acerque por el mismo. Además se entregan a la mujer los hijos comunes hasta que el Juez de Familia resuelva lo oportuno.

*F) La Fiscalía también quiere poner de relieve la imprescindible colaboración de la Administración pública para luchar contra la violencia doméstica: Que en Aragón se canaliza a través del Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) y/o las Casas de Acogida del Ayuntamiento de Zaragoza como medida preventiva inmediata para solucionar casos extremos de precariedad económica de las mujeres maltratadas.*

El IAM es el centro de Aragón que debe actuar con carácter preventivo y social ante las agresiones que sufran las mujeres. Se mantiene con dicho Organismo una fluida relación y se ha facilitado a la Fiscalía fotocopias con números de teléfono de los correspondientes centros y de sus actividades.

Por lo tanto se está recomendando —y así se hace— que la mujer que denuncie y no tenga medios económicos y/o no quiera o pueda estar auxiliada de sus familiares le ayude el IAM en el momento posterior a la interposición de la citada denuncia. Al parecer es lo que normalmente se está haciendo; y cuando la propia Policía o los Centros Sociales detectan mujeres maltratadas que no quieren o consideran que es peligroso volver al domicilio conyugal o de residencia habitual de la pareja es la *Casa de la Mujer del Ayuntamiento de Zaragoza* o las *Casas de Acogida* concertadas con el IAM las que intervienen, prestando no sólo ayuda psicológica sino asistencial y económica, *intentando buscarles un empleo y reinserterlas sociolaboralmente.*

En definitiva, todas aquellas mujeres agredidas deben conocer la posibilidad de acogerse a las casas concertadas o colaboradoras de esta institución; que será lo inevitable cuando sus recursos económicos no les permitan buscarse una vivienda digna para ella y sus hijos y no cuenten, no quieran o no puedan buscar el amparo de familiares, allegados o amigos.

A este respecto se debe reseñar la existencia de un teléfono de urgencias facilitado a la Fiscalía (y a otras instituciones, Policía Local, Nacional, Guardia Civil) para poder recabar el auxilio inmediato de las casas de acogida ante situaciones de perentoria necesidad para facilitar un lugar de residencia a las mujeres maltratadas, *sobre todo, en horas nocturnas y en días festivos y fines de semana.*

*G) El Fiscal también está especialmente interesado en los exámenes psicológicos y psiquiátricos de los agresores.*

Se debe interesar tales exámenes a la *Clínica Médico Forense* con la finalidad primordial de poder dictaminar algún trastorno patológico y su eventual tratamiento para, en su caso, poder condicionar la suspensión de la ejecución de la pena al seguimiento de un programa favorito, si ello es posible (art. 83.1 Cp).

Los médicos forenses están bastante comprometidos con todos estos temas; y bien a través de ellos o más propiamente de los psicólogos de la propia Clínica Forense o, en su caso, buscando la colaboración de los trabajadores sociales y psicólogos del IAM intentar prevenir y corregir estos comportamientos.

Todo lo cual tampoco debe ser obstáculo para que el Fiscal pida penas de prisión elevadas si las circunstancias así lo determinan.

También se recaban los informes psiquiátricos de los *Centros Hospitalarios y de los Centros de Salud* para tener una idea más cabal de la eventual enfermedad del agresor y entre todos buscar la solución más adecuada para que no se vuelvan a repetir esta clase de agresiones.

*H) La violencia doméstica no sólo se centra en las mujeres sino que en ocasiones también se dirige contra los hijos menores que son maltratados o agredidos sexualmente en el ámbito familiar.*

Aquí los Fiscales aplicamos los criterios que se deducen de toda la materia relativa a la *protección de menores*.

Así, cuando dicho menor maltratado o agredido sexualmente no tenga parientes o allegados que puedan o quieran encargarse de él, el *Fiscal*, sobre todo en el *Juzgado de Guardia*, actúa de la manera siguiente:

**PROTECCIÓN:** Menores entre 0-18 años que se encuentran en situación de *desamparo* (aquella que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Art. 172.1 Cc).

- Estos menores desamparados deben ser puestos a disposición del correspondiente organismo de la Comunidad Autónoma respectiva, que en Aragón es el Servicio Provincial de Menores de la DGA, para que, en su caso, asuman la tutela *ex lege* al constatar que los padres no son las personas más adecuadas para continuar con el ejercicio de la patria potestad.
- Además, todas las Comunidades Autónomas tienen centros de acogida con carácter de urgencia para ingresar a los menores que resulten maltratados, abandonados, agredidos sexualmente, etc., a cualquier hora del día o de la noche, de lunes a domingo. En Zaragoza tenemos el COA (Centro de Orientación y Acogida), regulado por el Decreto 238/94 del Departamento de Bienestar Social y Trabajo de la DGA, cuyo artículo 18 establece que el ingreso de estos menores debe ser ordenado por el Fiscal (los otros dos órganos competentes para ordenar el ingreso son el Juez y el Jefe del Servicio Provincial).

### III. ESTADÍSTICA

La mencionada Circular de la FGE (Fiscalía General del Estado) 1/1998, de 21 de octubre, ha ordenado a todas las Fiscalías que elaborem una estadística completa sobre los malos tratos en el ámbito familiar, que deberá ser objeto de remisión semestral a dicha FGE.

En esta estadística se recoge todo lo relativo a:

- Sujeto pasivo o víctima de los hechos.
- Sujeto activo.
- Registro del número de la Comisaría o Guardia Civil.
- Fecha de la agresión.
- Clase, número de procedimiento y Juzgado.
- Medidas cautelares, sentencia y ejecución.

La finalidad de todo ello es tener un mayor y mejor conocimiento de las agresiones ya acaecidas, para poder actuar con más conocimientos de datos para interesar de los Juzgados las penas y medidas más oportunas.

Desde la creación de esta estadística en Zaragoza a finales de octubre de 1998 se han registrado las siguientes denuncias:

- Octubre-31 de diciembre de 1998: 90 denuncias.
- Enero-septiembre de 1999: 302 denuncias.

Sólo una de estas denuncias correspondió a la de un varón que denunció a su mujer.

### IV. RESUMIENDO

La Justicia Penal española tiene en la actualidad suficientes instrumentos legales para poder combatir la violencia doméstica e intentar, si no erradicarla, por lo menos que la sociedad perciba que los agresores serán duramente castigados por esta clase de comportamientos en los que hasta hace poco había un sentimiento de impunidad y de dejar a la mujer a su suerte.

Tal vez sea cierto que la Justicia Penal ha reaccionado tarde ante esta clase de delincuencia; pero afortunadamente hoy día hay la suficiente concienciación para aplicar el Cp y la Ley de Enjuiciamiento Criminal ante esta clase de hechos lo mismo que se persigue cualquier clase de manifestación delictiva.

## ACTUACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA PROTECCIÓN DE MENORES MALTRATADOS. EL CONTROL DEL JUSTICIA DE ARAGÓN

ROSA MARÍA CASADO MONGE\*

**Resumen:** En el presente artículo se ha tratado de exponer una visión general de la problemática que supone el maltrato a la infancia, fenómeno social que se ha venido reproduciendo a lo largo de la historia con mayor o menor intensidad.

Se recoge, asimismo, una tipología de las diversas formas que puede adoptar el maltrato a los menores, con especial referencia al producido a través de los medios de comunicación y a la explotación y abuso sexual.

Se ofrece una panorámica de las principales actuaciones desarrolladas por las Administraciones públicas en la prevención y protección de la infancia frente a estas conductas, analizando cómo se aborda esta problemática desde los poderes públicos e instituciones implicadas, especialmente en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, y con referencias a las líneas legislativas adoptadas en aras de la protección de la infancia y la erradicación de cualquier forma de maltrato.

**Palabras clave:** Menores. Malos tratos. Violencia. Abuso. Protección. Prevención.

**Abstract:** The present article has attempted to exhibit a general view of the problems arising from child abuse, a social phenomenon that has been repeated throughout history to a greater or lesser degree.

It groups together, likewise, a typology of the various forms that the mistreatment of minors can adopt, with special reference to the types caused through the media, exploitation, and sexual abuse.

---

\* Asesora del Justicia de Aragón.

A panorama is offered of the main actions developed by Public Administrations in the prevention and protection of the child faced with these conducts, analyzing how these problems are handled through public powers and the institutions involved, especially within the scope of the Autonomous Region of Aragón, with reference to the legislative lines adopted for the sake of child protection and the eradication of any type of mistreatment.

***Key-words:*** Minors. Mistreatments. Violence. Abuse. Protection. Prevention.

## I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, se puede observar que en la mayoría de las culturas el niño ha carecido de derechos, ha sido explotado y utilizado, ha sufrido malos tratos de diversa índole. Una de las razones de tales situaciones, dejando aparte las características culturales o históricas del momento, era la creencia de que los padres tenían un poder absoluto sobre sus hijos, el *ius vitae et necis* del Derecho Romano.

No es hasta el siglo XVIII, cuando J. J. ROUSSEAU presta una especial atención a la infancia. El filósofo, uno de los precursores de la Psicología infantil, ve al niño no como prolongación o propiedad de sus padres, sino como una persona con entidad propia, con capacidades y potencialidades, del que es necesario conocer sus necesidades. Este autor es el primero en rechazar la aplicación de castigos a los niños.

El siglo XIX es de vital importancia a la hora de trazar una evolución histórica sobre el interés por la infancia. No sólo se crean las primeras asociaciones protectoras, sino también los primeros hospitales infantiles y, sobre todo, surge el estudio científico de la infancia y de los malos tratos. Es en 1860 cuando *Tardie*, médico francés, hizo una primera descripción de lo que definió como «Síndrome del Niño Maltratado», en la que incluía el tipo de lesiones sufridas por el niño y sus problemas familiares.

Es en el siglo XX, a partir de los años 50, cuando se produce un gran interés por el maltrato infantil, sus tipologías, causas y consecuencias, lo que lleva a realizar investigaciones para encontrar respuesta y tratamiento a estas situaciones. El interés por el niño y su bienestar adquiere tanta relevancia que, en 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la Declaración de los Derechos del Niño en su Resolución 1386, y es por esta época cuando los trabajadores sociales empiezan a involucrarse en el diagnóstico de casos, intentando llegar a una conceptualización del término de maltrato infantil en los años 70.

En España, el interés sobre el maltrato infantil y su estudio surge en la década de los 80. Se inicia con la focalización casi exclusiva sobre el maltrato y la negligencia físicos, pasando posteriormente a los malos tratos de carácter emocional. También existe un especial interés sobre el abuso sexual, aspecto este que acapara gran parte de la atención científica y de los investigadores.

En las VI Jornadas Aragonesas de Educación para la Paz, organizadas por el Seminario de Investigación para la Paz, sobre la violencia juvenil, se expuso un informe de la Universidad de Deusto en el que se afirmaba que casi un 11% de los jóvenes aragoneses, de entre 15 y 24 años, ha sido objeto alguna vez de malos tratos. De ellos, el 2% ha sido víctima de abusos sexuales.

La problemática intrínseca se agrava por la baja tasa de denuncias o notificaciones, lo que puede obedecer a varios factores. Así, hay que tener en cuenta que la mayor parte de los maltratos ocurren en la privacidad del ámbito familiar, por lo que es difícil la observación directa del episodio traumático. En este sentido, el catedrático de Sociología, D. Javier Elzo, al señalar los anteriores datos estadísticos, afirma que «*Sospechamos que es particularmente grave la cifra de violencia oculta en el seno de las propias familias... En este sentido, el 15% de los encuestados manifestó que sus padres le han pegado, porcentaje que en Aragón supone el 10,6%*». Por otra parte, los profesionales que trabajan con la infancia han constatado que, en ocasiones, existe cierto recelo referido al quebranto de la confidencialidad de los datos, tanto del niño como del informante, lo que puede provocar que la situación del menor empeore y se cronifique. Y otra causa del bajo índice de denuncias se atribuye al temor a todo tipo de acciones legales en las que el profesional pueda verse implicado.

Señalar asimismo que, aunque la mayoría de los problemas de maltrato suelen producirse en situaciones sociales desfavorables, éste no es sinónimo de pobreza, siendo un problema de carácter universal en el que confluyen multitud de circunstancias, por lo que puede aparecer en diferentes esferas o niveles sociales.

La existencia de situaciones de maltrato infantil constituye en la actualidad un grave problema para la comunidad, debido a las importantes repercusiones tanto sociales como éticas y médicas que originan, además de las que se producen a nivel personal y familiar.

Para modificar esta realidad, a la que están sometidos muchos menores por el trato que reciben de sus familias y, en ocasiones, de las propias instituciones, se considera imprescindible realizar una labor de sensibilización a la población en general y a los profesionales que trabajan en contacto con la infancia y adolescencia.

## II. TIPOLOGÍA. ESPECIAL REFERENCIA AL MALTRATO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y A LA EXPLOTACIÓN Y ABUSO SEXUAL

En el año 1985, el Parlamento Europeo definió los malos tratos infligidos a la infancia como «*Toda violencia, no ocasional, contra la integridad física*

*y/o psíquica del niño, o la privación de cuidados, por parte de sus padres o cuidadores que conlleve perjuicios hacia el niño al herirlo, dificultar su desarrollo o inducirlo a la muerte».*

Las diferentes manifestaciones del fenómeno ha llevado a los estudiosos de esta materia a realizar diversas clasificaciones del mismo, de las que surgen, fundamentalmente, los siguientes tipos de maltrato:

#### A) MALTRATO FÍSICO

Se considera como tal cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad al niño, o que lo coloque en grave riesgo de padecerlo. Este tipo de maltrato suele detectarse más frecuentemente en los niveles socioculturales bajos.

#### B) ABANDONO FÍSICO O NEGLIGENCIA

Es aquella situación en la que las necesidades físicas básicas de alimentación, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos del menor... no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que convive con el niño. Se incluyen en esta tipología la incapacidad parental de control de la conducta del menor y el retraso no orgánico en su desarrollo.

#### C) MALTRATO EMOCIONAL

Es la hostilidad verbal crónica, en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantil, por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Es el tipo de maltrato más frecuentemente detectado en los niveles socioculturales medio y medio-alto.

#### D) ABANDONO EMOCIONAL

Supone la falta persistente de respuesta, de señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, así como la falta de iniciativa en la interacción y contacto por parte de una figura estable en las relaciones del niño durante los seis primeros años.

#### E) EXPLOTACIÓN LABORAL

Es aquella situación en la que los padres o tutores asignan al niño, con carácter obligatorio, la realización continua de trabajos, domésticos o de otro tipo, que exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por el adulto, interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño y le son asignados con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico para los padres o la economía familiar.

#### F) MALTRATO PRENATAL

Se considera como tal la falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre y/o autosuministro de sustancias o drogas que, de manera consciente o inconsciente, perjudica al feto del que es portadora.

#### G) SÍNDROME DE MÚNCHAUSEN POR PODERES

Son aquellas situaciones en las que los cuidadores someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el adulto.

#### H) MALTRATO INSTITUCIONAL

Se define como cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes y organismos públicos u organizaciones no gubernamentales, o bien derivada de la actuación individual de algún profesional, que comporta abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos del menor.

#### I) MALTRATO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONSUMO

Debido a la dificultad para englobar las características del maltrato infantil desde los medios de comunicación en una definición, se suelen estudiar éstas según los distintos ámbitos en los que puede aparecer:

##### 1. El menor como objeto de consumo

En este caso, el maltrato viene dado por el continuo bombardeo al que se somete al niño por parte del mundo de la publicidad, que teniendo en cuenta su escasa capacidad para discernir, puede inducirle a un consumismo desmesurado.

En este sentido, y siguiendo la línea establecida en la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE sobre coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva, el Proyecto de Ley de la Infancia y la Adolescencia en Aragón (BOCA 9/12/98) preveía, en su artículo 47, la protección de los menores en este ámbito al disponer lo siguiente:

*«La publicidad dirigida específicamente a los niños y adolescentes deberá estar sometida a límites reglamentariamente establecidos que obliguen a respetar los siguientes principios de actuación:*

*1. El lenguaje y los mensajes serán sencillos, comprensibles y adaptados al nivel de desarrollo de los colectivos infantiles y adolescentes a los que se dirige.*

2. *Las representaciones de objetos deberán reflejar la realidad de su tamaño, movimiento, prestaciones y demás atributos.*
3. *No se admitirán mensajes que establezcan diferencias o discriminaciones en razón del consumo del objeto anunciado.*
4. *Los anuncios deberán hacer indicación del precio del objeto anunciado.*
5. *No se podrán formular promesas de entrega de bienes o servicios que impliquen el cumplimiento de condiciones no explícitas.*
6. *Se evitará la publicidad que fomente los mensajes que contengan y fomenten la violencia, que atenten contra la dignidad de uno u otro sexo, publicidad sexista, y la difusión de ideas de inferioridad o superioridad por razón de sexo, raza, etnia, credo o religión.*
7. *No se explotará la inexperiencia o credulidad de los niños y adolescentes o la especial confianza que estos tienen en sus padres, profesores o tutores.*
8. *Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas, tabaco, locales de juegos de suerte, envite o azar y servicios o espectáculos de carácter erótico o pornográfico, tanto en publicaciones infantiles y juveniles, como en los medios audiovisuales, en franjas horarias de especial protección para la infancia, cuando se distribuyan o se emitan, respectivamente, en Aragón.*
9. *Las Administraciones Públicas comunicarán al Ministerio Fiscal cualquier vulneración de estos preceptos para que solicite las medidas cautelares y de protección correspondientes.»*

## **2. El menor como receptor**

Aquí el fenómeno del maltrato aparece al introducir en programas infantiles imágenes y estereotipos de violencia y sexo, así como la transmisión de valores y roles poco adecuados. Esta problemática ha sido abordada por el Defensor del Pueblo, al que el Justicia de Aragón se ha dirigido en esta materia en varias ocasiones, reflejando en su *Informe a las Cortes Generales* del año 1996 las siguientes consideraciones:

*«... Está claro que los criterios éticos personales o las simples opiniones estéticas no pueden condicionar, limitar, ni mucho menos impedir el ejercicio de aquellos derechos (libertad de expresión, información y creación artística, científica y técnica), y por ese motivo no se puede legalmente intervenir en muchas de las quejas que se plantean. Sin embargo, no es menos cierto que los derechos reconocidos en el artículo 20 de la Constitución tienen su límite general en el respeto a los restantes derechos que la Constitución y las leyes reconocen a los ciudadanos y, de modo más preciso, en el respeto del derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia...»*

*... De hecho, desde el Estatuto de la Radio y la Televisión, establecido por la Ley 4/1980, de 10 de enero, se configura la protección de la juventud y de la infancia como uno de los criterios inspiradores que deben orientar la programación de la radio y la televisión públicas, criterio éste que se extiende también a las sociedades privadas concesionarias de cadenas de televisión al establecerlo así expresamente el artículo 3 de la Ley 10/1988, de Televisión Privada.*

*La televisión está configurada como un servicio público esencial y no es necesario resaltar aquí la enorme influencia que este medio de comunicación ejerce en la sociedad con su presencia permanente en prácticamente todos los ámbitos de la vida coti-*

diana. Tampoco hay que resaltar aquí el efecto que tiene la televisión y los mensajes que a través de ella se transmiten en la juventud y la infancia, cuya protección exige un posicionamiento activo de los sujetos y autoridades a quienes encomienda esta misión la Constitución y la ley, para sustituir el déficit de autoprotección que estos colectivos pueden otorgarse a sí mismos...

... Es cierto que la Secretaría General de Comunicaciones manifiesta tener una preocupación prioritaria por la emisión de contenidos impropios en horario de programación infantil y juvenil, aunque como actuaciones positivas en esta materia tan sólo menciona la formulación de un requerimiento para que las emisiones se adaptasen a lo dispuesto en la ley y a la celebración de consultas con responsables de las distintas cadenas para darles a conocer los criterios técnicos para la interpretación de las normas y "la firme decisión de la Administración de actuar sin más dilaciones frente a cualquier tipo de acción que atente notoriamente contra los derechos del menor".

La Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE sobre coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva, incide nuevamente en la protección de los menores frente a la publicidad y frente a la programación, prohibiendo que aquella contenga imágenes o mensajes que puedan perjudicarles moral o físicamente y frente a ésta prohibiendo la inclusión de programas, escenas o mensajes de cualquier tipo que puedan perjudicar seriamente el desarrollo físico, mental o moral de los menores, ni los que fomenten el odio, el desprecio o la discriminación por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, nacionalidad, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social.

Para ello se establecen, en su artículo 16, ciertos límites a los que deberá someterse la publicidad dirigida a los menores y se prohíbe la emisión de contenidos inadecuados para ellos entre las 6 y las 22 horas de cada día, siendo infracciones muy graves las violaciones de estos límites cuya sanción corresponde al Consejo de Ministros, previa instrucción del expediente por parte del Ministerio de Fomento.

No cabe admitir que una "política de persuasión" como la que al parecer se está manteniendo hasta la fecha hacia las cadenas de televisión implique una dejación de unas competencias sancionatorias cuya finalidad es servir del último instrumento de protección a unos grupos sociales, la juventud y la infancia, carentes de otros mecanismos de defensa frente a determinadas agresiones.

La persuasión es siempre necesaria, pero de su empleo no deben derivarse "déficits" de protección ni abandono de los instrumentos legales que la legislación pone en manos de las autoridades públicas para corregir los excesos que se produzcan en la prestación de un servicio calificado de público y esencial para la comunidad.

Es cierto, sin embargo, como afirma la Secretaría General de Comunicaciones en su informe, que existe un importante problema de interpretación como consecuencia de la subjetividad que necesariamente entraña la apreciación de si determinadas imágenes, escenas o contenidos violan las normas de protección al menor. Si a esta dificultad inicial se añade que la apreciación de si una conducta es o no tipificable como contraria a la legalidad vigente, corresponde a un órgano de la Administración, que también en su caso impondrá la sanción pertinente, se comprende que hasta el momento no esté siendo eficaz el sistema de control diseñado, al menos desde la perspectiva de los menores a los que debe protegerse.

Aplicar un régimen sancionador a actividades conexas de un modo tan inmediato a la libertad de expresión, de información y de creación plantea dificultades evi-

*dentes. Que sea además un órgano de la Administración, y agente por tanto del poder público, quien debe aplicarlo, incrementa aún más estas dificultades con el riesgo de llegar a producir una auténtica parálisis.*

*La Constitución prohíbe de manera expresa la censura previa, y en esta prohibición no está lejano el recuerdo de tiempos todavía próximos en los que la libertad de expresión, de información y de creación estaban severísimamente limitadas por los dictados del poder político imperante. No es, por tanto, arriesgado aventurar que mientras sea la propia Administración la competente para aplicar el régimen sancionador en el ámbito de la programación televisiva, se pecará más por defecto que por exceso y quienes verán debilitada la protección que merecen serán en último término los menores.*

*Por estos motivos, se estima que debiera abordarse de manera inmediata la creación de alguna "autoridad" u "organismo dependiente", desvinculado jerárquicamente de la Administración y dotado de un alto grado de "auctoritas" en la materia, al que entre otras competencias que pudieran atribuírsele se le asigne la misión de aplicar el régimen sancionador previsto en las normas vigentes frente a las infracciones en materia de protección de la juventud y la infancia ante las emisiones de televisión.*

*La idea no es nueva ni original, y al margen de existir en la práctica de muchos otros países de nuestro entorno, fue aportada ya por la Comisión Especial sobre los Contenidos Televisivos del Senado creada mediante acuerdo del Pleno de la Cámara de 17 de noviembre de 1993, la cual entre sus conclusiones propuso la creación de un "Consejo Superior de los Medios Audiovisuales" con la finalidad aquí apuntada.»*

### **3. El menor como noticia**

Quando el niño es el protagonista de una noticia se tiende, en ocasiones, a dar una información en la que la realidad infantil se trata de forma sesgada y parcial, informándose sólo de los casos excesivamente dramáticos y/o espectaculares, por lo que la noticia adquiere un carácter sensacionalista y morboso que nada beneficia al menor ni a la sociedad en general, dada la escasa objetividad de la información. Este sensacionalismo puede vulnerar la intimidad del menor, y por tanto sus derechos.

En relación a esta problemática que incide en la protección del derecho a la intimidad y a la propia imagen de los menores, en el *Informe Anual* de 1993 elaborado por el Justicia de Aragón se daba cuenta de la presentación de una queja por varios colectivos y asociaciones relacionadas con la infancia, en la que exponían su preocupación ante la aparición en diversos medios de comunicación social de datos e imágenes individualizadas de menores que permitían su identificación, con expresiones de circunstancias familiares y personales que supuestamente afectaban a su derecho fundamental a la intimidad y a la propia imagen, reconocido en el artículo 20.4 de la Constitución como uno de los límites expresos al ejercicio de la libertad de información.

Solicitada información al Departamento de Bienestar Social de la Diputación General de Aragón sobre las medidas adoptadas en relación con la protección de este derecho fundamental, dicho organismo comunicó que

se había remitido un informe a todos los directores de Centros propios y colaboradores y a los jefes de los respectivos Servicios Provinciales, recordando el marco legal que ampara la protección del derecho a la intimidad de los menores sujetos a la intervención de la Comunidad Autónoma y las actuaciones a realizar en caso de que se produjera un acto de intrusismo presuntamente atentatorio a este derecho.

Por su parte, la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Aragón informó que, en virtud de las denuncias efectuadas ante la Fiscalía de Menores, se habían abierto, en dos supuestos, Diligencias Informativas, requiriendo del Grupo de Menores de la Policía Judicial una investigación sobre los hechos, así como la adopción de las medidas necesarias para poner fin a la intromisión ilegítima e impedir la difusión, en cualquier medio de comunicación, de imágenes o noticias que pudieran afectar a menores, dando como resultado que de la investigación efectuada ante la advertencia a los medios implicados de la responsabilidad en que podían incurrir, se evitó la difusión de las imágenes de los menores en los medios de comunicación.

En esta línea, en el año 1994, el Justicia de Aragón consideró oportuno remitir un Recordatorio a los directores de los medios de comunicación públicos y privados sobre el marco legal de protección de la intimidad de los menores, con el único objetivo de que se extremaran las garantías y cuidados en la publicación de noticias relacionadas con los mismos, y cuyo texto reproducimos a continuación:

*«El derecho a la información puede verse plenamente ejercido sin necesidad de causar daños a los menores por el hecho de dar detalles sobre su vida íntima y familiar que no aportan contenidos esenciales a las noticias, pero que sí atraen una mayor audiencia.*

*El artículo 39 de la Constitución, ubicado en el Capítulo de los principios rectores de la política social y económica, establece que "los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia... y asimismo la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres cualquiera que sea su estado civil".*

*El párrafo 4.º del citado precepto reconoce que "los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos".*

*La protección internacional del menor viene establecida por un abundante cuerpo de normas: Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 29 de diciembre de 1966, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 19 de diciembre de 1966, Carta Social Europea de 1961, así como determinados textos específicos emanados del Consejo de Europa como la Resolución (77) 33, de 3 de noviembre de 1977, Recomendación (84) 4, de 28 de febrero de 1984 y Recomendación (87) 6, de 20 de mayo de 1987.*

*El artículo 8 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que "los Estados Parte se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares, de conformidad con la ley, sin injerencias ilícitas".*

*El artículo 16 del mismo texto legal dispone que "ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o a su reputación."*

*Nuestro texto constitucional establece en su artículo 20.4 que el derecho a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión cuenta expresamente con el límite derivado del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, así como de la protección de la juventud y de la infancia.*

*Por ello, la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de marzo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, trata de conjugar el legítimo ejercicio de la libertad de expresión e información con la interdicción de intromisiones ilegítimas en los derechos fundamentales a que esta Ley se refiere.*

*Razones obvias de protección a los ciudadanos menores de edad aconsejaron al legislador a extremar las garantías en los supuestos en que el titular de esos derechos fuera un menor.*

*Así, tras señalar su artículo 2.º el principio general de que el consentimiento del titular de estos derechos impide considerar las intromisiones en los mismos como ilegítimas, el artículo 3.º de la Ley 1/82 dispone lo siguiente:*

*"1. El consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil.*

*2. En los restantes casos, el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representación legal, quien estará obligado a poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado. Si en el plazo de 8 días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juez."*

*De esta manera, la intervención del Ministerio Público se configura como un requisito constitutivo del consentimiento requerido por la ley, y en su ausencia determinaría la nulidad del acto de disposición efectuado por el representante legal.*

*Es cierto que la libertad de expresión e información adquiere una vital trascendencia en una sociedad democrática. Pero también lo es que el interés del menor y la infancia pueden justificar, sin duda, una restricción al ejercicio de esa libertad y así lo ha destacado reiterada jurisprudencia del Tribunal Constitucional.*

*La sentencia 62/1982, de 15 de octubre, que se refirió a la protección de la infancia como uno de los límites expresamente establecidos por la Constitución para el ejercicio de la tutela de los derechos del menor, ha de insertarse en la doctrina general establecida por ese Tribunal en materia de libertad de información y prensa, relativa a la exigencia de un canon de veracidad en la noticia, a la relevancia del contenido informativo para la formación de la opinión pública así como a la obligada ponderación entre los derechos a comunicar información y al honor y finalmente a la proporcionalidad entre la medida de restricción adoptada y el objetivo perseguido.*

*En cuanto al tratamiento de los menores como infractores, la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, reguladora de la competencia y el procedimiento del Juzgado de Menores, dispone que "en ningún caso se permitirá que los medios de comunicación social obtengan o difundan imágenes del menor ni datos que permitan su identificación".*

*El Tribunal Constitucional ha determinado con claridad que una de las diferencias básicas que deben establecerse entre el proceso para enjuiciar las conductas delictivas realizadas por menores de edad y el proceso penal de adultos es, precisamente, la de restringir el principio de publicidad del proceso (S. TC. 36/1991, de 14 de febre-*

ro). *Restricción que igualmente se encuentra reconocida en determinados textos internacionales como la ya mencionada Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo artículo 40 dispone que se respetará plenamente la vida privada del menor en todas las fases del procedimiento y las denominadas Reglas de Beijing, reglas mínimas para la administración de la justicia de menores adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 40/33, de 29 de noviembre de 1985, que igualmente obligan a respetar el derecho de los menores a la intimidad en todas las etapas del proceso y a no publicar, en principio, ninguna información que pueda dar lugar a la individualización de un menor delincuente.*

*Dentro de la normativa autonómica, la Ley de las Cortes de Aragón 10/1989, de 14 de diciembre, de Protección de Menores, señala en su artículo 2.º como principios básicos de la protección del menor el respeto a sus derechos constitucionales y la prevalencia del interés del menor sobre cualquier otro recurrente (apartados c) y f)).*

*Finalmente, debe destacarse la importancia que en relación con lo expuesto adquieren los acuerdos de autorregulación para reafirmar los principios éticos de la profesión periodística y que partiendo del respeto a la libertad de expresión e información como elementos básicos de una sociedad democrática, reconozcan esa limitación clarísima de los derechos de los menores.*

*Los anteriores preceptos conforman el marco jurídico de protección del derecho a la intimidad del menor, con alcance obligatorio para todas las instancias y agentes sociales. Pese a ello, siguen constatándose vulneraciones a dicha normativa por lo que es necesario no sólo una decidida voluntad de quienes deben aplicarla, sino también una presión constante de todos para hacerla efectiva.*

*Sólo un compromiso firme de todas las Instituciones y medios de comunicación social permitirá una implantación real y efectiva de los derechos de la infancia.»*

Con posterioridad a estas actuaciones, la legislación ha ido avanzando en la prevención y protección de estas situaciones de maltrato. Así, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, dispone en su artículo 4.2 que: *La difusión de información y la utilización de imágenes o nombre de los menores en los medios de comunicación que puedan implicar una intromisión ilegítima en su intimidad, honra o reputación, o que sea contraria a sus intereses, determinará la intervención del Ministerio Fiscal, que instará de inmediato las medidas cautelares y de protección previstas en la Ley y solicitará las indemnizaciones que correspondan por los perjuicios causados.* Y en el mismo sentido se orientaba el artículo 46 del Proyecto de Ley de la Infancia y la Adolescencia en Aragón.

## J) EXPLOTACIÓN Y ABUSO SEXUAL

Este tipo de maltrato supone la participación de un niño o adolescente, dependiente e inmaduro desde el punto de vista de su desarrollo personal, en actividades sexuales, no estando capacitado para comprenderlas, bien porque no son apropiadas para su edad y/o desarrollo psicoafectivo, o bien porque se ejercen bajo presión, ya sea por medio de la violencia o la seducción, transgrediendo los tabúes sociales y los roles familiares.

La problemática fue abordada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Resolución 1099 (1996), de 25 de septiembre, relativa a la explotación sexual de los niños.

Consciente la sociedad española de este fenómeno, el Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión de 6 de mayo de 1997, aprobó una Proposición No de Ley sobre la explotación sexual de los niños y acordó instar al Gobierno de la Nación a *«proseguir e impulsar la cooperación en el seno de la Unión Europea con objeto de poner fin a la explotación sexual de los niños (...), lograr la aplicación de las recomendaciones del Congreso de Estocolmo (...), intensificar la cooperación policial y judicial dentro de la Unión Europea en la lucha contra la explotación sexual de los niños (...), aprobar el reglamento de desarrollo de la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual y contemplar en él de forma específica la situación de los menores sometidos a este tipo de conductas (...), implantar oficinas de asistencia a las víctimas en juzgados, tribunales, fiscalías en las que las necesidades lo exijan y dotarlas de personal especializado en atención a los menores (...), difundir el contenido de la Acción Común de la Unión Europea, de 29 de noviembre de 1996 (...), potenciar, a través de acuerdos con los Ayuntamientos y Comunidades Autónomas, programas dirigidos a la detección e intervención de la explotación sexual de menores y al tratamiento de las víctimas (...), continuar impulsando la existencia en todas las provincias de efectivos del Cuerpo Nacional de Policía especialmente preparados para la intervención con menores que sufren abusos y explotación sexual...»*.

En esta orientación, se han ido creando grupos específicos en la Policía para la lucha contra estos delitos, los cuales participan a su vez en grupos de trabajo permanentes, dependientes de *Interpol*, sobre los delitos de los que son víctimas los menores, especialmente los relativos a la prostitución y pornografía infantil. Así, se han institucionalizado las relaciones con *Europol* para la persecución de delitos contra los menores, en especial con motivo de la aparición de la red *Internet*, participándose a su vez en los programas de biblioteca de que dispone Suecia en materia de imágenes de víctimas y agresores en pornografía infantil.

Precisamente, a raíz de las noticias aparecidas en diversos medios de comunicación relativas al uso de la red informática *Internet* como medio de exhibición y difusión de imágenes pornográficas de menores de edad, en el año 1996 el Justicia de Aragón inició un expediente de oficio con el fin de trasladar al Defensor del Pueblo, como Institución competente para instar del Gobierno las oportunas reformas en la legislación penal, la preocupación por este fenómeno a fin de que se estudiara desde dicha Institución la posibilidad de cubrir los vacíos legislativos existentes en la difusión, venta y exhibición de material pornográfico de menores de edad.

Efectivamente, el Defensor del Pueblo, tras el estudio de determinados tipos del Código Penal en los que se veían afectados derechos de los menores, efectuó la siguiente Recomendación al Ministerio de Justicia:

«1. Que se propongan las iniciativas legales oportunas en orden a incluir de forma expresa dentro de nuestro ordenamiento penal, aquellos supuestos en los que se sancione adecuadamente la difusión o exhibición de imágenes o material pornográfico infantil, cuando los receptores sean tanto mayores como menores de edad, todo ello con independencia del lugar en el que se haya producido o emitido el material o las imágenes pornográficas.

2. Que se valore la posibilidad de adecuar las penas actualmente previstas en el artículo 181 del Código Penal, a la gravedad de los hechos que se sancionan en ese precepto, protegiendo especialmente a aquellos jóvenes que siendo víctimas del delito previsto en el artículo 181, tienen doce o más años.

3. Que se valore la posibilidad de ampliar los plazos de prescripción en todos aquellos delitos en los que las víctimas son los menores y en todo caso se establezca como principio general en este tipo de delitos que el plazo de prescripción no comenzará a contarse hasta que la persona afectada por ese delito adquiera su mayoría de edad.»

Fruto de estas iniciativas en defensa y protección de los menores, ha sido la reciente promulgación de una doble normativa:

- Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, que viene a introducir importantes novedades en los artículos 178 a 190 de dicho Cuerpo legal en la línea de la Recomendación efectuada por el Defensor del Pueblo, y
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, que modifica los artículos 33, 39, 48, 83, 105, 132, 153, 617 y 620 del Código Penal y los artículos 13, 14, 109, 448, 455, 544 *bis*, 707 y 713 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de protección a las víctimas de malos tratos. Las principales novedades que hacen específica referencia a la protección de la infancia son, fundamentalmente, las siguientes:

a) A efectos de prescripción de determinados delitos, se establece que cuando la víctima sea menor de edad los plazos prescriptivos se computarán desde que llegue a la mayoría de edad o desde su fallecimiento, si se produce antes de alcanzarla.

b) En el delito de malos tratos habituales, se incluye como conducta punible el ejercicio de violencia psíquica, y como sujetos pasivos del mismo a los menores o incapaces que se encuentren en régimen de acogimiento.

c) En la práctica de la prueba testifical, cuando el testigo sea menor de edad se puede acordar que se evite la confrontación visual del mismo con el inculpado, utilizando para ello cualquier medio técnico o audiovisual.

d) Asimismo, se limita la práctica de careos con testigos menores de edad a los casos imprescindibles y siempre que no sea lesivo para el interés de los mismos.

En esta línea de sensibilización con la problemática que venimos analizando, hay que resaltar que el *Síndic de Greuges* de Cataluña inició a finales de 1997 una actuación de oficio con la finalidad de evitar la doble victimi-

zación de estos niños en los procesos judiciales. Fruto de esta iniciativa, ha sido la reciente firma de un «Protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros malos tratos a menores en la demarcación de Barcelona», en cuya elaboración han intervenido diversas instituciones y autoridades y que responde a la necesidad de obtener la coordinación de todas las instancias que intervienen en los casos de abusos sexuales a niños, los cuales, además de sufrir esa terrible agresión a su integridad y personalidad, tienen que soportar, en muchas ocasiones, la duplicidad de exploraciones médicas y psicosociales, la repetición de diligencias y, a menudo, dilaciones en los procesos judiciales. Está previsto que las actuaciones reflejadas en el Protocolo se extiendan a todas las demarcaciones de la Comunidad Autónoma, estableciéndose asimismo una comisión de seguimiento que velará por su efectivo cumplimiento.

Por otra parte, y en el ámbito de la Unión Europea, la Asociación Aragonesa de Psicopedagogía está elaborando el Proyecto «PREVEN», incardinado dentro de la Iniciativa Comunitaria «DAPHNE», cuya finalidad es el diseño y aplicación de medidas para combatir la violencia ejercida contra los niños y adolescentes, contribuyendo así al desarrollo pleno y a la integración sociofamiliar de un sector de nuestra sociedad especialmente maltratado como es la infancia, tanto por maltratos físicos como psicológicos y emocionales, y específicamente los abusos sexuales. Así, los objetivos de actuación del Proyecto abarcan tres frentes básicos:

- Detectar las situaciones de malos tratos físicos, psíquicos, emocionales y de los abusos sexuales, existentes en la población infantil y juvenil aragonesa entre 6 y 16 años. Para ello, la estrategia prevista es la prospección y seguimiento de la problemática existente y la elaboración de un estudio comparado.
- Prevenir las situaciones de malos tratos y abusos sexuales en la población infantil y juvenil, mediante planes de formación y orientación, dirigidos a los educadores y profesores que intervienen en su educación fundamentalmente, que tendrán contenidos en valores de respeto a los derechos y dignidad de las personas, de igualdad, de tolerancia, de paz, fomentando la autoestima y las habilidades sociales y destinando un bloque formativo específico a la educación sexual.
- Proceder a la intervención terapéutica de aquellos casos de malos tratos y abusos sexuales que se detecten, y no estén siendo abordados, evaluando los resultados de la aplicación y facilitando un programa de orientaciones para los padres, educadores y pediatras.

También hay que destacar en este apartado las acciones desarrolladas por el Instituto Aragonés de la Mujer, en colaboración con el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, en el diseño de programas de rehabilitación para niños y adolescentes que hayan sido víctimas de violencia sexual, actuaciones incardinadas en el II Plan de Acción Positiva para las Mujeres en Aragón (1997-2000).

### III. EL PLAN INTEGRAL DEL MENOR

Elaborado por la Diputación General de Aragón y publicado en el *Boletín Oficial de las Cortes de Aragón* de 20 de abril de 1994, el Plan Integral del Menor contiene un análisis de las necesidades de los menores y de los recursos existentes en la Comunidad Autónoma para la protección de la infancia y adolescencia en situación de riesgo social. Asimismo, comprende un estudio detallado del marco teórico y legal del menor, una valoración final de las necesidades y de los recursos, concluyendo con una enumeración de los programas que se proponen para llevar a cabo una política integral de atención a la infancia.

Ya durante el año 1993 y simultáneamente a la elaboración del documento, se pusieron en funcionamiento por la Administración autonómica algunos programas en el ámbito de la prevención y de la protección. Así, y por lo que a la problemática del menor como víctima de malos tratos se refiere, las actuaciones más reseñables fueron las siguientes:

- Elaboración de un *Estudio de Malos Tratos a la Infancia en la Ciudad de Zaragoza*, dirigido por el Servicio de Menores de la Diputación General de Aragón.
- Firma de un Convenio entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación General de Aragón para la realización de programas experimentales de prevención del maltrato infantil, con un coste económico de veintidós millones de pesetas para su ejecución y financiado a partes iguales por ambos organismos.
- Puesta en marcha del teléfono de atención permanente en la recepción de denuncias, atendido en el área de recepción de la Dirección Provincial de Bienestar Social de Zaragoza y en el Centro de Orientación y Acogida de menores «Carabinas».
- Campaña divulgativa titulada *Que ésta sea la última vez que le pegan*, difundida en todos los medios de comunicación y apoyada con el envío de dos mil cartas a profesionales relacionados con la infancia (pediatras, profesores, educadores, asistentes sociales, policía, fiscales, jueces, psicólogos, pedagogos, abogados...).

En el momento de su publicación, el Plan Integral del Menor ya recogía, en el apartado relativo a la valoración de las necesidades detectadas, la problemática que estamos abordando, indicando que «... hay que resaltar, por su gravedad, la importante cantidad de menores que sufren malos tratos físicos o psíquicos actualmente en Aragón».

Los datos que reflejaba en cuanto al número de familias aragonesas en las que se habían detectado situaciones de malos tratos a menores era de doscientas noventa y tres. En cuanto al tipo de maltrato, se señalaba que el

físico se detectó en treinta y ocho núcleos familiares y el psíquico en doscientos cincuenta y cinco.

A partir de la implantación del Plan, en los Informes especiales del Justicia de Aragón sobre la situación de los menores en la Comunidad Autónoma, elaborados anualmente en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6.º de la Ley 10/1989, de 14 de diciembre, de Protección de Menores (BOA de 20/12/89 y BOE de 5/1/90), se han ido reflejando, a partir de la información remitida por la propia Administración, la progresiva ejecución de los programas que conforman el Plan así como la valoración que a la Institución merece la actuación pública desarrollada.

Así, y en cuanto a las actuaciones preventivas y protectoras de las situaciones de malos tratos a menores, a lo largo de 1995 podemos destacar las siguientes:

- Firma de un Convenio de colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón para la realización de programas experimentales de prevención en situación de riesgo y tratamiento de familias en cuyo seno se producen malos tratos. Con base en este acuerdo, la Comunidad Autónoma de Aragón elabora, al finalizar la vigencia del Convenio, una Memoria financiera y técnica que recoge la fecha de puesta en marcha, información económica, actividades realizadas, recursos utilizados, sectores atendidos, informe y resultados de la investigación prevista en el programa, datos estadísticos, dificultades y propuestas, así como la valoración del programa; todo ello, con el fin de garantizar, metodológicamente, el carácter investigador de las actuaciones, de tal manera que se puedan inferir conclusiones técnicamente solventes sobre la prevención y el tratamiento de las situaciones de malos tratos a la infancia.
- En desarrollo y ejecución del anterior documento, el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón firma sendos Convenios de colaboración con dos Asociaciones zaragozanas que vienen desarrollando una importante función social en el sector de la prevención de la marginación infantil y juvenil, y cuyos objetivos fundamentales se orientan hacia la reducción de los casos de malos tratos a menores en el Casco Histórico de la ciudad, la disminución de su gravedad así como la del número de internamientos de menores en los centros de protección de la Diputación General de Aragón. A partir de la firma de este Convenio, los responsables de las dos Asociaciones celebran diversas reuniones con los técnicos de las entidades de tiempo libre, de los Centros de Salud, Colegios públicos y privados, así como con los profesionales de los Centros de Servicios Sociales de la zona.

- Creación de una Comisión para la derivación de los casos de malos tratos a menores, integrada por profesionales de la Diputación General de Aragón, Centros de Salud, Servicios Sociales y Ministerio de Educación.

Durante el año 1996, se renuevan los compromisos de colaboración en la problemática del maltrato a menores entre todas las entidades firmantes.

Los objetivos generales del programa se centran en favorecer la detección, prevención e intervención en el campo de los malos tratos a menores, así como fomentar y concienciar a la población en general y a los distintos profesionales que trabajan con la infancia en particular, de su responsabilidad en la detección y atención a los niños maltratados. En cuanto a los objetivos específicos, las actuaciones persiguen mejorar la calidad de la intervención profesional ante los casos de maltrato infantil y dotar a los profesionales que trabajan en el área de la infancia de instrumentos para llevar a cabo una prevención y detección de forma adecuada. Así, en el marco del citado programa experimental, se desarrolla un curso de formación dirigido a los profesionales que participan en el mismo.

En cuanto al teléfono de urgencia puesto en marcha en 1993 para la recepción permanente de denuncias relacionadas especialmente con los malos tratos a menores, el Justicia de Aragón puso de manifiesto la necesidad, observada en su funcionamiento, de sustituir el número telefónico por otro más idóneo para este tipo de llamadas y la conveniencia de acompañar esta medida con una campaña divulgativa e informativa dirigida a la población en general así como a las instituciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales que trabajan con la infancia. Con base en ello, el Comité de Seguimiento del Plan Integral del Menor, en su reunión de febrero de 1996, propone el cambio del número telefónico por otro más sencillo y fácil de memorizar, iniciándose las gestiones administrativas procedentes a tal fin.

También en este año sigue en funcionamiento la Comisión para la derivación de casos de malos tratos, creada en 1995.

A lo largo de 1997 se continúa con la labor iniciada en años anteriores. Así, se renuevan los compromisos de colaboración un año más en desarrollo de los programas experimentales de prevención y tratamiento de familias maltratantes. El teléfono de urgencia cambia de número, si bien en su funcionamiento se pone de manifiesto la conveniencia de elaborar un protocolo de actuación que unifique las actuaciones de los profesionales que atienden este servicio y permita realizar una evaluación de su eficacia en respuesta a la población. Asimismo, se desarrollan actuaciones para la implantación de una línea telefónica para toda la Comunidad Autónoma, que canalice todas las demandas que afecten al bienestar de los menores.

El Plan Integral del Menor, con una vigencia inicial de cuatro años, se encuentra en la actualidad en proceso de evaluación y revisión, con el objeto de valorar las actuaciones realizadas, el grado de implantación de los programas y su eficacia, a fin de adecuarlo a las nuevas necesidades, teniendo en cuenta la experiencia de su aplicación.

#### IV. ACTUACIONES EN APLICACIÓN DE LA CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La Convención de las Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, sobre los derechos del niño, fue ratificada por el Parlamento Español el 6 de diciembre de 1990, entrando en vigor en España el 5 de enero de 1991 («BOE» de 31/12/90). A partir de entonces forma parte de nuestro derecho positivo siendo, por tanto, de obligado cumplimiento.

La problemática del menor como víctima de malos tratos supone una preocupación reflejada especialmente en el artículo 19 de la Convención, al disponer que

*«1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*

*2. Estas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.»*

Además, el artículo 39 establece que: *«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 llevará a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño».*

Por otra parte, el artículo 44 de la Convención establece el compromiso de los Estados Partes de presentar, ante el Comité de Derechos de la Infancia de Naciones Unidas (órgano supervisor del cumplimiento de la Convención en los países que la han ratificado), *«informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos en ella reconocidos y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de los mismos:*

— *En el plazo de dos años a partir de la fecha en la que para cada Estado Parte haya entrado en vigor la presente Convención.*

— *En lo sucesivo, cada cinco años.»*

Así, a lo largo de 1998 se ha elaborado el II Informe de España sobre la aplicación de la Convención, con base en la información remitida por todas las Comunidades Autónomas a estos efectos.

Por lo que se refiere a la aplicación del artículo 19 referido, la Comunidad Autónoma de Aragón ha desarrollado, durante el quinquenio 1993-1997, las siguientes actuaciones tendentes a prevenir y erradicar las situaciones de maltrato a la infancia:

— Como medidas legislativas, se recoge la normativa general de aplicación en España y la específica autonómica. En este sentido, se menciona la Ley aragonesa 10/89, de Protección de Menores, el Decreto 79/95 que la desarrolla en lo relativo a la declaración de desamparo y los instrumentos de protección y el Proyecto de la Ley de la Infancia y la Adolescencia en Aragón (si bien este último, al que nos hemos referido en apartados anteriores, no ha llegado a promulgarse por las Cortes de Aragón, al encontrarse en periodo de tramitación cuando éstas se disolvieron ante la convocatoria de elecciones autonómicas para el día 13 de junio de 1999).

Así, el artículo 10.º de la Ley 10/89 dispone que *«La Diputación General, en el marco de la Acción Social, podrá elaborar programas de prevención tendentes a evitar el deterioro del entorno familiar, garantizar los derechos del menor y disminuir los factores de riesgo de marginación, drogadicción o cualesquiera otros, con la colaboración de los ayuntamientos en la ejecución y evaluación de aquéllos».*

Por su parte, el Decreto 79/95 establece en su artículo 8.º lo siguiente:

*«1. La Comunidad Autónoma de Aragón asume, por ministerio de la Ley, la tutela de los menores en situación de desamparo.*

*2. Se entiende que un menor se encuentra en situación de desamparo cuando concurren, entre otras, las siguientes circunstancias:*

*a) Abandono del menor.*

*b) Malos tratos.*

*c) Abusos sexuales.*

*d) Inducción al menor a la mendicidad, delincuencia, prostitución, o a cualquier otra forma de explotación.*

*e) Drogodependencia habitual de los responsables de los menores que impida su adecuada atención.*

*f) Cualquiera otra situación que sea causa de incumplimiento o inadecuado ejercicio de la patria potestad, del derecho de guarda, educación, o de las obligaciones previstas en el Código Civil...»* (A propósito de este último apartado, hay que señalar que, en Aragón, la institución de la patria potestad es

ajena al Derecho Civil propio —como se refleja en el Fuero «Vel pater vel mater»—, existiendo, en su lugar, el deber de crianza y educación y la autoridad familiar de los padres que recoge el artículo 9.º de la Compilación del Derecho Civil de Aragón).

Por otra parte, en la propia Exposición de Motivos del Proyecto de Ley de la Infancia y la Adolescencia en Aragón, se enlazaba la normativa con el inicio de una nueva filosofía en relación con el menor que se deriva de la propia Convención, «... basada en un mayor reconocimiento del papel que éste desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para el mismo... Se pasa de la "Protección" del Menor a la Promoción y desarrollo de los menores, niños y adolescentes... Se comprenden todos los derechos señalados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y afecta a la promoción y defensa de los derechos de todos los niños y adolescentes, por lo que se necesita la coordinación de todas las Administraciones en aras de una mayor eficacia...». El Proyecto de Ley dedicaba el artículo 7.º al derecho del menor a ser bien tratado, en los siguientes términos:

*«1. Los niños y adolescentes tienen derecho a ser bien tratados y a ser protegidos frente a cualquier forma de abuso, abandono, negligencia, explotación laboral y sexual y frente a cualquier forma de malos tratos.*

*2. Las Administraciones públicas promoverán la sensibilización ciudadana ante los malos tratos y crearán instrumentos ágiles y confidenciales que permitan a las personas, a las instituciones y a los propios interesados notificar dichas situaciones con la debida confidencialidad, urgencia y el debido respeto a los menores y a terceros.*

*3. Toda persona que detecte una situación de riesgo o de posible malos tratos a menores está obligada a ponerlo en conocimiento de la autoridad competente y a prestarle los auxilios inmediatos necesarios.*

*4. Es obligación de cada Administración asegurar, en el ámbito de su competencia, el ejercicio de los derechos respectivos de los menores y vigilar para que no se produzca maltrato institucional.*

*5. El Gobierno de Aragón promoverá y coordinará políticas integrales con las distintas Administraciones competentes en defensa de los derechos de los menores y en garantía del buen trato a la infancia y a la adolescencia.»*

Además, esta normativa dedicaba una especial atención a las situaciones de riesgo en que puede encontrarse la infancia, especialmente en los casos de sufrir malos tratos, y a las responsabilidades que incumben a la Administración en su prevención y detección; y, a tal efecto, disponía el artículo 56:

*«1. Las Administraciones Públicas, dentro de sus competencias, deberán desarrollar las actuaciones necesarias para la detección de las situaciones de riesgo y desamparo de los menores.*

*2. El Gobierno de Aragón a través del órgano competente por razón de la materia:*

a) Promoverá las actuaciones necesarias para sensibilizar a los ciudadanos del problema de los malos tratos a menores y de la necesidad de denunciar las situaciones de riesgo y desamparo.

b) Elaborará programas, criterios e instrumentos ágiles de detección y notificación de las situaciones de riesgo y desamparo.

c) Coordinará las actuaciones llevadas a cabo por las distintas instituciones en este campo.

d) Recibirá e investigará las denuncias.»

La normativa autonómica, en cumplimiento de las disposiciones internacionales, prohíbe todas las formas de violencia física o psicológica, incluidos los castigos corporales, la humillación deliberada, las lesiones, los abusos, la negligencia o la explotación de los menores en la familia, en el acogimiento familiar o residencial y en instituciones públicas o privadas, como las instituciones penitenciarias y las escuelas. Recientemente, han promulgado legislaciones específicas las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha (Ley 3/1999, de 31 de marzo, del Menor, que dedica el artículo 10 a la *Prevención y atención ante los malos tratos y la explotación*) y de Cantabria (Ley 7/1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y Adolescencia, declarando en el artículo 19 el *Derecho a la protección contra la explotación económica, laboral y sexual*).

— En cuanto a las medidas sociales y educativas a las que se refiere el artículo 19.1 de la Convención, la Diputación General de Aragón ha realizado campañas de concienciación interinstitucionales y otras promovidas por organizaciones no gubernamentales. Desde el Ministerio de Educación y Cultura se señala la intervención de los equipos psicopedagógicos, los programas de atención a la diversidad y compensación educativa así como el tratamiento educativo a través de los temas transversales.

— Y como medidas propiamente administrativas, se señalan los instrumentos de protección que se regulan, hoy por hoy, en la Ley 10/1989 y en el Decreto 79/1995: los recursos preventivos y de apoyo a la familia o a las personas bajo cuya responsabilidad se encuentre el menor, la guarda y el acogimiento, la promoción del nombramiento de tutor, la propuesta de adopción y el internamiento. En ocasiones y atendiendo a las circunstancias concretas del caso y, por supuesto, en interés del menor, se insta la suspensión judicial de la autoridad familiar.

— En cuanto a los procedimientos de denuncia y a la posibilidad de que los niños puedan formularlas bien directamente o a través de su representante, se señala la existencia del teléfono de urgencia, al que nos hemos referido al hablar del Plan Integral del Menor, que actualmente cuenta con un protocolo de actuación para la recepción de las denuncias sobre menores maltratados. También se destaca la aplicación del programa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que contempla el protocolo de detección de malos tratos de 1995.

Tanto en la legislación estatal como autonómica se recogen sistemas de notificación obligatoria para los grupos profesionales que trabajan con la infancia, siendo los que colaboran de una forma más directa los enmarcados en Centros de Salud y Escolares. Otra de las formas de facilitar la aplicación de este sistema es a través de la coordinación establecida en la Comisión de Absentismo Escolar y en la Inspección Educativa. Se señala que los programas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales han servido para concienciar a determinados profesionales de la necesidad de notificar los casos de maltrato.

Una vez recibido el caso en el respectivo Servicio Provincial de Menores de la Diputación General de Aragón (Área de Recepción y Diagnóstico) y sin perjuicio de proporcionar orientación y asesoramiento, los profesionales de los equipos competentes realizan una evaluación del mismo, emitiendo un diagnóstico que incluye la propuesta de una medida alternativa. Posteriormente, y buscando obtener la mayor eficacia posible en la medida aplicada, se realizan evaluaciones periódicas y, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se modifican las medidas. Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, hay una cronificación de la problemática, lo que dificulta la eficacia de su tratamiento.

En esta labor y desde el Ministerio de Educación, destacan los Departamentos de Orientación y Equipo Psicopedagógico así como la aplicación del Plan de Acción Tutorial (alumnos y padres).

— En cuanto a las medidas educativas para promover formas positivas y no violentas de disciplina, cuidado y trato a los niños, se indican fundamentalmente tres: el Plan Individualizado de Intervención, la Intervención Educativa Familiar y la aplicación de programas dirigidos a la formación de padres y otros adultos cuidadores.

— Entre las campañas de información y concienciación para prevenir situaciones de violencia, abuso o negligencia y para fortalecer el sistema de protección a la infancia, se señalan las realizadas en los años 1994-1995, ya indicadas al hablar del Plan Integral del Menor, con gran difusión a través de prensa, televisión, radio, posters, trípticos... También se destacan las diversas Jornadas desarrolladas por las organizaciones no gubernamentales en defensa de los derechos de la infancia, así como las campañas específicas promovidas desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

— En cuanto a la aplicación del apartado 2.º del artículo 19 de la Convención, se señalan como programas sociales y mecanismos de rehabilitación orientados a proporcionar el necesario apoyo a los niños y a sus cuidadores los de Intervención Familiar y el Programa municipal de Atención a la Diversidad. Desde el Ministerio de Educación y Cultura se cuenta con los Programas de Educación compensatoria y los de Atención a la Diversidad. Y desde el Instituto Aragonés de Servicios Sociales

se señalan las Ayudas de Urgencia y de Integración Familiar así como el Ingreso Aragonés de Inserción.

En este apartado, hay que hacer mención de una norma aragonesa, recientemente aprobada y por tanto no incluida en el Informe sobre la aplicación de la Convención, cual es el Decreto 88/1998, de 28 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las ayudas económicas de carácter personal en el marco de la protección de menores. Su finalidad es la atención a situaciones de necesidad que provoquen desarraigo convivencial en el marco familiar, cuando éste afecte a menores, apoyando así a la integración familiar y a la disminución de los factores de riesgo. Las ayudas consisten en prestaciones económicas directas, por una o varias veces, sin que en ningún caso puedan revestir carácter periódico. Los beneficiarios podrán ser cualquier persona o familia bajo cuya responsabilidad se encuentren los menores y cuando la situación de necesidad constatada no pueda ser cubierta por alguna de las prestaciones recogidas en el sistema general de protección social. La prestación es, por tanto, subsidiaria, finalista y además condicionada, pues los beneficiarios deben comprometerse a destinar su importe a la concreta finalidad para la que se otorga y a cumplir las obligaciones que pudieran establecerse en el ámbito de la protección de menores.

— En cuanto a la eficacia de los procedimientos, se destaca por la Administración autonómica el mayor número de menores atendidos en sus propios domicilios con apoyo técnico que los acogidos en centros residenciales o en familias distintas a la biológica.

— Entre los programas preventivos, se señala la firma de convenios con diversas organizaciones no gubernamentales y en el ámbito de la Administración Local, que atienden problemáticas relacionadas con los menores y su desprotección social. También se hace referencia a las actuaciones realizadas desde la Atención a la diversidad y la Comisión de Absentismo. Y desde los Servicios Sociales de Base, se ejecutan programas de atención comunitaria y de coordinación con el Servicio de Menores de la Diputación General de Aragón.

En este sentido, la Administración municipal remite las denuncias, solicitudes y casos detectados sobre esta problemática al Servicio competente de la Diputación General de Aragón aragonesa; no obstante, se dispone de un programa de apoyo socio-educativo que atiende los casos de malos tratos entendidos en un sentido amplio, facilitando a la familia un educador de calle.

— En cuanto a las medidas que se adoptan para promover la recuperación física y psicológica y la reinserción social de los niños víctimas de cualquier forma de maltrato, principalmente van orientadas al alejamiento del menor de la situación maltratante, tales como el acogimiento familiar o residencial. Se aplican programas de preservación del maltrato y, en

su caso, de reunificación una vez superado el problema, en prevalencia del principio de integración familiar. Desde los Servicios Provinciales, en coordinación con los dispositivos que atienden a la familia, se efectúan tratamientos individualizados, interviniéndose igualmente de forma individual y familiar a nivel psicológico a través del sistema sanitario y de los recursos normalizados disponibles, procurando siempre causar, con la intervención protectora, la menor interferencia posible en la vida del menor.

— Por último, en cuanto a los progresos logrados en la aplicación de los artículos 19 y 39 de la Convención, la propia Administración aragonesa resalta la mayor concienciación social sobre la problemática, el incremento de las campañas preventivas, los avances legislativos, la creación del teléfono de urgencia para recepción de denuncias y una mejor coordinación institucional.

Las dificultades surgidas en la aplicación de la Convención en esta materia se centran en los profesionales que trabajan directamente con los menores, indicándose que los mismos no siempre denuncian las situaciones de riesgo, lo que suele retrasar la intervención especializada en el caso.

Y en lo referente a los objetivos previstos para el futuro, se destaca la intensificación del desarrollo de campañas preventivas y formativas, la mejora de la coordinación institucional y el logro de una mayor concienciación de los profesionales que se encuentran en contacto directo con la infancia y la adolescencia.

## V. LA PROTECCIÓN DEL MENOR MALTRATADO EN LA INSTITUCIÓN DEL JUSTICIA DE ARAGÓN

El Justicia de Aragón, como Institución que tiene su primordial cometido en la protección y defensa de los derechos y libertades, individuales o colectivos, reconocidos en el Estatuto de Autonomía, está especialmente sensibilizado y atento a las necesidades de la infancia.

El artículo 12.1 de la Ley 4/1985, de 27 de junio, reguladora del Justicia de Aragón, otorga la posibilidad de dirigirse a la Institución a cualquier persona que invoque un interés legítimo. Añade seguidamente que no podrán constituir impedimento para ello una serie de circunstancias, entre las que cita la minoría de edad.

Sin embargo, y por razones fácilmente comprensibles, no resulta frecuente que los menores de edad se dirijan al Justicia exponiendo los problemas que les aquejan. Por ello, la mayor parte de las Resoluciones dictadas por el Justicia en este ámbito provienen de expedientes que se inician de oficio, es decir, sin requerir la previa presentación formal de una que-

ja, siempre que se tiene conocimiento por cualquier medio de la existencia de una presunta vulneración de los derechos de la infancia o de situaciones nocivas o perjudiciales para los menores.

En otras ocasiones, los expedientes relativos a menores se incoan ante la presentación de una queja por parte de organizaciones y asociaciones que trabajan con la infancia y también por ciudadanos particulares, normalmente los padres u otros familiares de los niños.

La mayoría de las quejas presentadas por familiares suelen referirse a su disconformidad con la adopción de alguna medida administrativa sobre el menor o con el régimen de visitas fijado (denegación o insuficiencia del mismo). En estos casos, tras recabar la oportuna información del organismo competente, si no se detecta irregularidad en su actuación, se informa a los reclamantes de la decisión adoptada, así como de las vías de impugnación de los actos administrativos, cuya supervisión compete en última instancia a la autoridad judicial.

La denuncia de presuntos malos tratos sobre un menor formulada ante la Institución se canaliza de diferente forma según las circunstancias del caso que se pone en nuestro conocimiento. Así, si de la información aportada se deduce una posible situación de desamparo del menor por ser sus padres o cuidadores los que realizan la conducta de maltrato en un sentido amplio, se ponen los hechos en conocimiento de los Servicios de Protección de Menores de la Diputación General de Aragón, instando a la Administración a que, en el ejercicio de las competencias que le atribuye el Estatuto de Autonomía, proceda a verificar la situación denunciada y a adoptar, en su caso, las medidas más adecuadas en defensa del menor. En el supuesto en que se observe, por acción o por omisión, una irregular actuación administrativa en estas situaciones tan delicadas el Justicia procede a formular la oportuna Resolución, que puede revestir la forma de Recomendación, Sugerencia, Advertencia o Recordatorio.

Así, en la Recomendación se indica la conveniencia de efectuar determinadas actuaciones para poner fin a un defecto o irregularidad. En la Sugerencia se señala lo oportuno de iniciar o corregir algún determinado tipo de actuación. La Advertencia implica la comunicación a la Administración o funcionario, en su caso, de la necesidad de modificar un determinado comportamiento. En el Recordatorio se resalta la obligación de la Administración de ajustarse en su actuación a determinado precepto legal.

En otras ocasiones, es el propio progenitor quien, una vez rota la convivencia con el otro, manifiesta en la Institución la convicción del maltrato infligido al hijo menor durante los periodos en que el supuesto progenitor maltratante ejercita el derecho de visitas declarado judicialmente. En estos casos, se orienta a la persona hacia el organismo o institución competente para la investigación de tales hechos y, en su caso, la formulación de la pertinente denuncia ante la jurisdicción penal si los mismos pudieran ser constitutivos de delito o falta.

Junto a esta actividad de recepción de quejas y tramitación y resolución de los consiguientes expedientes, la Institución del Justicia de Aragón, en cumplimiento del mandato legal que recoge el artículo 6.º de la Ley de las Cortes de Aragón 10/89, de 14 de diciembre, de Protección de Menores, elabora anualmente, como ya indicamos al referirnos al Plan Integral del Menor, un informe especial sobre la situación de los menores en nuestra Comunidad Autónoma. Dicho artículo establece que: *«En el Informe Anual del Justicia de Aragón a las Cortes, se valorará la actuación de la Comunidad Autónoma en materia de protección de menores, especialmente en lo que se refiere al ejercicio de sus derechos. Para ello, el Justicia podrá requerir de la Administración de la Comunidad Autónoma cuantos datos le sean necesarios»*.

Así, en el Informe se reflejan los datos recabados anualmente de la Dirección General de Bienestar Social del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, en relación con los menores sujetos a protección y reforma en Aragón.

También se realiza una valoración de la actuación administrativa en la atención de los menores internados en los centros de protección de la Comunidad, así como en el centro de internamiento por medida judicial «San Jorge».

Para obtener una información directa y fidedigna, se realizan las continuas visitas a todos estos centros, en orden a comprobar las condiciones materiales y de habitabilidad de los mismos así como, y fundamentalmente, la atención que en ellos reciben los menores, el respeto de sus derechos y su desarrollo integral como personas. Si se detecta algún tipo de irregularidad, se procede a incoar un expediente de oficio para investigarla, formulando en su caso las pertinentes Resoluciones.

En el Informe especial de menores se incluye, también, un seguimiento del desarrollo normativo de la Diputación General de Aragón en la elaboración de proyectos de ley y otras normas que afectan a la infancia y adolescencia.

En este sentido, la legislación aragonesa relativa a los menores se encuentra en proceso de revisión y reforma. Así, ya se ha hecho referencia al Proyecto de Ley de la infancia y la adolescencia en Aragón, el cual contenía un mandato similar al que actualmente recoge el artículo 6.º de la Ley 10/89 en cuanto a la actuación del Justicia de Aragón. Pero además recogía una regulación más completa de las competencias de la Institución en la defensa y garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia, siguiendo la línea sugerida en una Resolución del Justicia de principios de 1998. Así, el artículo 55 del Proyecto señalaba, como competencias propias del Justicia de Aragón:

*«... defender los derechos de la infancia y la adolescencia, velar por el respeto de la legislación vigente en materia de protección de la infancia y adolescencia, proponer*

*Rosa María Casado Monge*

*medidas susceptibles de mejorar la protección de la infancia y adolescencia, y promover la información sobre los derechos de la infancia y adolescencia y sobre las medidas que es necesario tomar para su mejor atención y cuidado.»*

Y es que el Justicia de Aragón ha de actuar continuamente en la mejora del marco jurídico de la infancia, garantizando la consolidación de sus derechos y actuando en aras de la sensibilización de la opinión pública.

No hay que olvidar que la infancia y la adolescencia son períodos decisivos en la formación de la personalidad del individuo. Todos los factores que incidan, de manera positiva o negativa en ese período, serán determinantes en el desarrollo de los menores.

## EL MENOR EN EL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Y DE LO PENAL

MAURICIO MURILLO Y GARCÍA-ATANCE\*

**Resumen:** Versa el artículo sobre la situación del menor en tanto en cuanto es víctima o testigo de un delito, ante la actuación de los órganos judiciales encargados de instruir y resolver el delito en razón del cual el citado menor debe intervenir. La especial protección, cautela y cuidado que debe de tenerse ante un ser humano en fase de formación y al objeto de no truncar la misma, es la base del trabajo desarrollado en el artículo.

Se pone de manifiesto, en primer lugar, una panorámica general del proceso penal en donde se enmarca la cuestión, sus principios rectores y su diferencia con el proceso civil, haciéndose hincapié en las dos fases procedimentales de la Instrucción y del Plenario o del Juicio Oral.

Dentro del marco de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y sobre la base de la Carta Europea de los Derechos del Niño y Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa y jurisprudencia constitucional, se estudian las actuaciones en relación a menores ante la policía, en los interrogatorios sumariales, en los juicios y en la ejecución de las sentencias, en donde se debe proteger especialmente a la víctima y a su vida privada. Se estudian de modo especial las Leyes Orgánicas 19/1994, de protección a testigos y peritos en causas criminales, y las Leyes Orgánicas 11/1999 y 14/1999, modificativas de determinados preceptos del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal encaminados a proteger a la víctima del delito y en cuanto es menor.

Por último, se habla del informe pericial cuando es preceptivo para que el menor, víctima o testigo, deba ver o enfrentarse al autor del delito.

**Palabras clave:** Menor. Victimología. Protección de la víctima. Juzgado de lo penal. Juzgado de instrucción.

---

\* Magistrado-Juez de Instrucción.

**Abstract:** The article discusses the situation of the minor, as far as he or she is the victim of or witness to a crime and regarding the actions of judicial entities responsible for carrying out the proceedings and resolving the crime, for which the summoned minor must intervene. The basis for the work developed in the article is the special protection, caution, and care that must be taken with a human being who is in the development phase, so that this development is not cut short.

First, a general panorama of the penal process is shown, which frames the question, its governing principles, and its difference from the civil process, emphasizing the two procedural phases of the Arraignment and the Plenary Session of the Oral Proceedings.

Within the framework of the Law on Criminal Prosecution and based on the European Charter for Children's Rights and the Recommendation of the Ministerial Committee of the European Council and constitutional jurisprudence, actions regarding minors are studied in relation to the police, to summary interrogation, to trials, and to the execution of sentences, where the victim and his or her private life must be especially protected. Taken under special study are Organic Laws 19/1994, on witness and expert protection in criminal causes, and Organic Laws 11/1999 and 14/1999, which modify certain principles of the Penal Code and of the Law on Criminal Prosecution directed at protecting the victim of a crime and when he or she is a minor.

Finally, the expert report is discussed when it is dictated that the minor, victim or witness, must see or confront the author of the crime.

**Key-words:** Minor. Victimology. Victim protection. Criminal court. Arraignment hearing.

## I. INTRODUCCIÓN

### I. CONCEPTO DE PROCESO PENAL.

La relación humana, fundamento de la convivencia, se quiebra en multitud de ocasiones y se precisa la reconstrucción de la misma restaurando la confianza que debe presidir en toda ella. Tal restauración en muchas ocasiones no puede producirse por sí misma y debe recurrirse a la maquinaria estatal para que ello pueda suceder. El ámbito y medios de actuación son variados y uno de esos medios es el proceso penal.

El derecho penal determina qué acciones u omisiones son punibles y marca las penas. Los valores superiores del ordenamiento jurídico: libertad, igualdad, justicia y pluralismo político (art. 1 de la Constitución) confieren un derecho al Estado de infringir un mal culpable y el deber de éste de sufrirlo y para ello es necesario que en el ejercicio de *ius puniendi*, pueda ser impuesta la pena mediante una actividad del propio Estado encaminada a averiguar el delito y el delincuente y a medir su responsabilidad (Gómez Orbaneja).

Esta actividad es el proceso penal.

#### *Objeto y fin del proceso penal*

Es el proceso penal un proceder consistente en una serie de actos del órgano jurisdiccional y de otros partícipes, cuyos presupuestos de validez y efectos el derecho procesal determina. El derecho del Estado a imponer una pena es un efecto del delito y con una finalidad eminentemente práctica, a través del proceso se concluye con una sentencia, cuya finalidad es expresar la voluntad del derecho penal, mediante la aplicación de una norma al caso concreto y por la actividad del juez que llega al convencimiento necesario para ello con el empleo de los medios adecuados.

Tiene el proceso penal como finalidad no sólo imponer, en su caso, una pena, sino también ejecutarla, lo que forma parte de la actividad jurisdiccional del órgano judicial: «El ejercicio de la potestad jurisdiccional en todo tipo de procesos, juzgando y haciendo ejecutar lo juzgado, corresponde exclusivamente a los juzgados y tribunales determinados por las leyes, según las normas de competencia y procedimiento que los mismos establezcan. (art. 117.3 de la Constitución).

La función que se desarrolla en el proceso penal tiene por objeto la represión de actos punibles mediante la imposición de penas. Lo que constituye a la pretensión punitiva del Estado como un derecho a la imposición de una pena en virtud de la comisión de un hecho punible, en aras a restaurar, si ello es posible, y a castigar la ruptura de la convivencia por agresión a las normas que la regulan.

## 2. ANALOGÍAS Y DIFERENCIAS CON EL PROCESO CIVIL

Existen importantes analogías y profundas diferencias. En el capítulo de las analogías, en ambos procesos de lo que se trata es de aplicar la ley por los jueces, juzgando y haciendo ejecutar lo juzgado. El concepto de jurisdicción es válido para ambos. Las disposiciones sobre capacidad, incompatibilidades, recusación, abstención, citaciones, notificaciones, comunicaciones, práctica de pruebas, clases, formas de las resoluciones, recursos o son comunes o substancialmente coincidentes. Las referencias expresas de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (sobre todo en su Libro I) a la Ley de Enjuiciamiento Civil son frecuentes y la subsidiariedad de ésta con respecto a aquélla ha sido declarada por la jurisprudencia de nuestros tribunales de modo claro y tajante ya en sentencias muy antiguas como las del Tribunal Supremo de 25/5/1909, 7/7/1919, 12/6/1926 y 26/10/1927.

Por el contrario, existen profundas diferencias entre uno y otro proceso. En el campo civil el cumplimiento de las obligaciones no exige normalmente una decisión judicial y el ejercicio de tal pretensión está a decisión y disposición de su titular; es la parte quien mueve a la administración de justicia en el ejercicio de un derecho que le pertenece, y puede, una vez movilizada, paralizar el funcionamiento de la maquinaria judicial. Entre los intereses contrapuestos el juez no se pronuncia, sino cuando y en la medida que se haga cuestión de la relación y tan sólo sobre la base del material aportado por las partes. La verdad buscada no es la real, desde un punto de vista objetivo, sino la conformada con los materiales que las partes aporten al proceso y en cuya configuración tienen un papel primordial y esencial (verdad formal).

En el proceso penal nos encontramos con pretensiones irrenunciables y con indeclinables obligaciones (Gómez Orbaneja).

El derecho a la pena es un derecho público que corresponde al Estado y no al particular, no se puede renunciar al proceso, e incluso el erróneamente inculpado no puede renunciar a ser absuelto. Frente a los principios de aportación de parte y dispositivo del proceso civil, rigen en el penal los de investigación de oficio y oficialidad de la acción. El juez ha de arrancar de los hechos de cuya existencia quede efectivamente convencido, y cara a fundamentar esa convicción se requiere una actividad de averiguación de la que se excluye toda regla general de valoración de pruebas. En el proceso penal, a diferencia del civil, no hay limitaciones de prueba, ni presunciones legales. Lo hasta aquí expuesto no es contrario a

que la fijación de la verdad material se consiga mediante el debate y el contraste de opiniones. Entre el cruce del ataque y la defensa, de hecho el proceso penal se configura como un proceso de partes: (ministerio fiscal, acusador particular, acusador privado, actor civil, defensa...).

## II. LOS PRINCIPIOS RECTORES DEL PROCESO PENAL

### 1. EL PRINCIPIO INQUISITIVO Y EL PRINCIPIO ACUSATORIO

#### *Generalidades*

Ya queda determinado que los principios que rigen el proceso civil y el proceso penal son distintos. En el campo penal vamos a hacer referencia inicialmente a dos, el inquisitivo y el acusatorio, cuya mayor o menor preponderancia van a configurar un sistema procesal penal concreto y con particularidades específicas que vamos a concretar a continuación.

Históricamente el primer sistema que nos encontramos es el acusatorio debido al carácter inicialmente privado del proceso (Grecia, Roma) y cuyos rasgos, siguiendo a Jiménez Asenjo, son los siguientes:

- 1.º Donde no hay acusación no hay juez.
- 2.º Publicidad absoluta del procedimiento.
- 3.º Libertad personal del procesado hasta la sentencia condenatoria.
- 4.º Contradicción de las partes en el proceso.
- 5.º Igualdad absoluta de derechos entre acusado y acusador.
- 6.º Oralidad de los debates.
- 7.º Prohibición del juez de mezclarse en la propuesta y práctica de las pruebas.
- 8.º Unidad de acto.
- 9.º Control de todos los errores del procedimiento que sean injustos.
- 10.º Inquisición, acusación y juicio son funciones encomendadas a órganos distintos.

Por el contrario el sistema inquisitivo se caracteriza por lo siguiente (García Valdés):

- 1.º Las funciones de acusación, defensa judicial y juicio se concentran en un único órgano.
- 2.º Secreto judicial.
- 3.º No hay contradicción del inculcado.
- 4.º Procedimiento escrito.
- 5.º Establecimiento de jueces permanentes y no susceptibles de recusación con exclusión de cualquier forma de justicia popular.

6.º Las pruebas se valoran mediante reglas más aritméticas que legales.

7.º La confesión del reo es suficiente para condenar.

8.º Las sentencias son susceptibles de apelación.

Históricamente este sistema se inicia en el Imperio romano y toma carta de naturaleza en Francia, con motivo de la herejía albigena.

Existe luego un sistema mixto que combina características de ambos sistemas acusatorio e inquisitivo, y en el que todas las legislaciones se encuentran, con mayor o menor predominio de unos principios sobre otros: así el sistema inglés tiene un predominio del sistema acusatorio, el sistema francés es predominantemente inquisitivo, como herencia de la Revolución francesa, y el sistema italiano sigue al sistema francés, con una primera fase inquisitiva y una segunda acusatoria.

El sistema español es un sistema mixto, y en aras a la reforma introducida por la Ley Orgánica 7/1998, de 28 de diciembre, la función de instrucción y de juicio o plenario, siguiendo las directrices y pautas del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y del Tribunal Constitucional, se separan por entenderse que la imparcialidad del juzgador es incompatible o queda comprometida con su actuación como instructor de la causa penal.

Así pues, un juez, el instructor, aunque hay voces que se han levantado y se levantan, para que tal función la realice el Ministerio Fiscal y así ocurre en el procedimiento de menores, dirige las diligencias sumariales, en un sistema predominantemente inquisitivo, y otro juez, el juez de lo penal, quien en un sistema predominantemente acusatorio, en la fase de juicio o de plenario, juzga el delito por el que se acusa al imputado o imputados, con concentración de prueba, inmediatez en su apreciación, oralidad y contradicción.

Caracteriza a nuestro sistema los siguientes rasgos (Jiménez Asenjo):

1. Instrucción o sumario escrito para los delitos graves y para los menos graves, flagrantes y faltas se establece un sistema variable en que con una citación directa (falta) o con unas diligencias judiciales o policiales se entra en el juicio.
2. El sumario es secreto.
3. La investigación la dirige el juez instructor.
4. Conocimiento y fallo por tribunal o juez distinto al instructor.
5. Acusación por órgano distinto al Tribunal: fiscal o acusación particular o privada (S.T.C. 54/1985, de 18 de abril).
6. Publicidad e igualdad para ambas partes en los debates del plenario.
7. Cabe la detención y la prisión provisional ausente de un sistema acusatorio puro.

Todas estas características y principios que se han citado y citaremos, son una serie de condicionamientos a los que debe sujetarse el juez, el que instruye y el que falla, para garantizar la exposición de las opiniones y argumentos de las partes del juicio que tienen «su» verdad, pero es en aras a garantizar la verdad material.

Ya se ha dicho que nuestro proceso penal acoge un sistema mixto en el que hay que distinguir dos fases:

- a) una fase instructora
- b) una fase de juicio o de plenario

En la fase instructora donde predomina, sin olvidarse de los demás, el principio inquisitivo, el juez instructor (fiscal instructor en la jurisdicción de menores) es quien ordena y practica las pruebas que estima necesarias, bien porque así lo cree necesario, bien porque así se lo han solicitado las partes. Una característica fundamental es que dirige las pruebas o diligencias sumariales y las dota de contenido, lo que no va a impedir que las partes puedan o no intervenir. Toda esta actuación es la que debe apreciar, en la fase siguiente, el juez de lo penal (o la audiencia, o el juez de menores), en donde el principio cambia, acusatorio, y las partes van a poder intervenir, argumentar, contradecir, puntualizar, tratando de demostrar «su» verdad.

Todo ello no quiere decir que las partes no puedan o no hayan podido intervenir en la fase anterior, lo que ocurre es que no tienen garantizada su intervención, por no haberse personado en tiempo y forma (salvo el fiscal) o haberse declarado secreto el sumario (art. 302 L. E. Criminal).

## 2. OTROS PRINCIPIOS

### 2.1. *Principio de contradicción*

Posibilita la intervención de todas las partes en el proceso para que puedan alegar y exponer sus puntos de vista y dirigir el resultado de las pruebas practicadas o que se practiquen hacia sus posiciones. Así pues, se comunica a los imputados las calificaciones contra los mismos expuestas, para que puedan interponer sus escritos de defensa (art. 652 de la L. E. Criminal). En el acto del juicio las partes tendrán el uso de la palabra para argumentar sus razones (arts. 734 a 737 de la L. E. Criminal) y el acusado tiene la última palabra (art. 739 L. E. Criminal).

### 2.2. *Principio de concentración*

También denominado de «unidad de acto» las pruebas deberán practicarse en el mismo acto, lo que permite la apreciación conjunta de todas ellas. Dicha unidad de acto no impide que puedan celebrarse varias sesiones para un mismo acto o juicio (art. 744 de la L. E. Criminal).

### 2.3. Principio de oralidad

La resolución judicial o sentencia sólo debe basarse en el material expuesto oralmente en el acto del juicio, lo que nos lleva a pensar qué significado tiene o puede tener el material escrito del proceso.

El instructor tiene como misión especialísima garantizar el resultado de unas pruebas, previamente al proceso, para que puedan luego ser apreciadas por el juez o tribunal sentenciador. Ello implica la necesidad de que casi siempre se hagan por escrito, y luego en el acto del juicio oral reproducirlas oralmente, y más concretamente, en el sentido de intervenirlas oralmente en el acto del juicio, y realizarlas junto con otras en el mismo acto a presencia del juez sentenciador al efecto de formar su convicción sobre las mismas.

### 2.4. Principio de inmediación o inmediatividad

Señala Goldschmidt que el principio de inmediatividad significa una vinculación del juez que recibe la prueba: a) primeramente de relacionarse lo más directamente posible con los medios de prueba (principio de inmediatividad en sentido subjetivo o formal); b) en segundo lugar, de utilizar aquellos medios de prueba que se encuentran en la más directa relación con el hecho a probar (principio de inmediatividad en sentido objetivo o material).

Acoge nuestro derecho el principio en sentido subjetivo y formal al determinarse que:

- La inspección ocular ha de practicarse por el tribunal que ha de fallar (art. 727.1 de la L. E. Criminal).
- Los documentos han de presentarse en original al tribunal o juez que ha de fallar.
- El imputado o procesado, los testigos y los peritos han de declarar en el juicio oral (arts. 688 y ss., 702 y ss. y 723 y ss. de la L. E. Criminal).

### 2.5. Principio de publicidad y oficialidad

La acción penal es pública, es el Estado su titular pues es titular del derecho a la pena al ser el detentador que la norma penal protege (Tolomei).

Junto a la publicidad de la acción está la publicidad del ejercicio de la acción, es decir, su oficialidad. El principio de oficialidad implica que el ejercicio de la acción penal debe confiarse siempre a un órgano estatal propio y diverso del jurisdiccional, es decir, el Ministerio Fiscal.

El principio de oficialidad también va a permitir el ejercicio de una acción penal privada, es decir, ejercitada sólo a petición del particular (querrela), e intentada por un órgano del Estado y una acción penal pública ejercitada por un particular (acción popular).

### *2.6. Principio de necesidad e indisponibilidad*

La acción penal es necesaria y no se puede disponer su ejercicio por decisión de un particular, como ocurre en el campo del derecho y del proceso civil, donde la disponibilidad de la parte para el ejercicio de la acción es absoluta. En el campo del derecho penal el Estado, como titular de la acción está obligado a promover la acción, conducirla hasta la sentencia jurisdiccional y, conducirla de modo que ésta contenga, respecto a los presupuestos de hechos, la declaración de la llamada verdad real o material, confiando su resolución totalmente al órgano jurisdiccional, sin que el titular de la acción y aquél contra el que se ejercita tengan en ella poder discrecional alguno (hay un control absoluto del juez en la investigación de los hechos).

Hay delitos denominados privados, es decir, que sólo se ejercitan en virtud de querrela (calumnia o injuria); en estos casos quiebra el principio de necesidad e indisponibilidad, pero en los delitos semipúblicos (v.g.: delitos contra la libertad sexual), interpuesta la querrela, ya que no cabe la renuncia a la acción, se pone en marcha el principio de necesidad e indisponibilidad.

### *2.7. Principios de legalidad y oportunidad*

El principio de legalidad implica la obligatoriedad de la persecución si hay un hecho punible y el de oportunidad determina en qué casos hay hechos punibles que deben ser perseguidos.

El principio de oportunidad, ligado a cuestiones de política criminal, configura las normas que castigan hechos punibles que por el principio de legalidad serán obligatoriamente perseguidos.

### *2.8. Principio de prueba libre*

Determina que el tribunal, apreciando según su conciencia las pruebas practicadas en el juicio, dictará sentencia dentro del término fijado en esta Ley (art. 741 de la L. E. Criminal), proscribiéndose las presunciones y las pruebas legales.

### *2.9. Principios de veracidad y de proporcionalidad*

Hemos hablado de la verdad material y objetiva, a cuyo descubrimiento tienden los principios a que hemos hecho referencia. Por ello la doctrina incluye dentro de los principios que están presentes en el proceso penal, el principio de veracidad, por el que se tiende a la verdad material de modo que la idea que el juzgador se forme coincida en todo o en parte con la realidad, y según ello:

- El juzgador debe formar su convicción del contradictorio, oyendo a acusadores y acusados (S.T.S. 23 de noviembre de 1950: «Nadie puede ser condenado sin ser oído»).

- En la apreciación de la prueba debe buscarse la verdad real, histórica, no la formal, pero el convencimiento es libre y racional sin estar sujeto por presunciones o pruebas legales (libre convencimiento judicial).
- Para poder percatarse el juzgador, a través de los mecanismos probatorios utilizados en el proceso, se requiere la presencia de las pruebas y su práctica ante el juzgador (principio de inmediatez o inmediación).

Junto al principio de veracidad, habría que añadir otro principio, el de proporcionalidad. La búsqueda de la verdad material a los derechos fundamentales de la persona (integridad, libertad, derecho a no declarar ni a confesarse culpable) sin que por ello quepa infringir el principio de proscripción de cualquier indefensión, en este caso, incluso para la víctima del delito.

El principio de proporcionalidad desarrollado por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional alemán, se configura como determinante máximo de las restricciones impunes a la esfera básica de los ciudadanos por el Estado, en la realización de sus fines.

Nuestro Tribunal Constitucional ha hecho referencia al principio de proporcionalidad en su sentencia 199/1987 de 16 de diciembre, y en la 7/1994 de 17 de enero.

### III. EL MENOR EN EL MARCO DEL PROCESO PENAL

#### 1. INTRODUCCIÓN

La Constitución española de 1978 en su Título I, Capítulo III, establece la obligatoriedad de los Poderes Públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y dentro de ésta, de modo específico, la de los menores de edad.

La Constitución no hace sino plasmar algo que trasciende las fronteras de nuestro país, y que es preocupación constante en los países civilizados del mundo. Es de reseñar la Convención de Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, y ratificada por España el 30 de noviembre de 1990, que marca el inicio de una nueva filosofía en relación con el menor, basada en un mayor reconocimiento del papel que éste desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo del mismo.

En desarrollo y asunción de la citada Convención, el Parlamento Europeo, a través de la Resolución A-0172/92, aprobó la Carta Europea de los Derechos del Niño.

Consecuentemente con el mandato constitucional y con la tendencia general apuntada, se ha llevado a cabo en las últimas décadas un importante proceso de renovación de nuestro ordenamiento jurídico en materia de menores, que tiene una especial relevancia en la instrucción de delitos, y su enjuiciamiento, en donde el menor ya sea víctima del delito, o bien testigo del mismo, debe gozar y goza de una especial consideración y protección.

Para la moderna criminología, según destaca GARCÍA DE PABLOS el saber científico del delito no se orienta exclusivamente a la satisfacción punitiva del Estado, sino a la intervención en el problema «social y comunitario» del crimen para prevenirlo, recuperar al infractor y reparar el daño padecido por la víctima. Y en este nuevo modelo de la ciencia criminológica, el menor adquiere un merecido protagonismo.

Sin embargo, numerosos y variados estudios criminológicos han puesto de manifiesto que el daño que el menor sufre a consecuencia del delito va más allá de lo que jurídicamente se considera como tal, esto es, de la lesión del bien jurídico atacado. El delito irroga al menor no sólo consecuencias de índole física o material, sino también de carácter psicológico e incluso social. De entre ellas destaca el efecto negativo que por norma general provoca en el menor su intervención en la actuación policial y jurisdiccional a que el delito da lugar. Así, ha venido acuñándose el término «victimización secundaria» referido a los perjuicios graves y reales experimentados por la víctima que tienen su origen inmediato no en el delito mismo, sino en la intervención del sistema legal.

Es sabido que el nivel de la confianza que el ciudadano deposita en la Administración de Justicia es bajo, y su percepción del proceso negativa. A ello contribuyen, entre otros factores, la excesiva burocratización de la actividad pública, la falta de información y el temor a represalias derivadas de su intervención en el proceso.

La situación jurídica de la víctima y el menor, en concreto, ha ocupado a variados movimientos y ha sido objeto de estudio en el ámbito internacional. Especial atención merece la labor desarrollada en este campo por el Consejo de Europa y por Naciones Unidas. Así, destaca por su importancia la Recomendación n.º R (85) 11 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre la posición de la víctima en el marco del Derecho penal y del proceso penal adoptado por el Comité de Ministros el 28 de junio de 1985. En concreto se recomienda a los gobiernos de los Estados miembros revisar su legislación y su práctica respetando una serie de líneas directrices que, siguiendo a GUTIÉRREZ-ALVIZ y CONRADI podríamos resumir del siguiente modo:

### *1. En el nivel policial*

Los funcionarios de la Policía han de estar formados para tratar a las víctimas de modo constructivo y tranquilizador, y más si son menores de edad.

La policía debería informar a la víctima sobre las posibilidades de obtener asistencia, cuestión que en el caso de menores, se refiere a sus padres o tutores.

La víctima, o sus padres o tutores, deberían poder obtener información sobre la suerte de la investigación policial. La redacción de los atestados ha de ser clara, concretando las lesiones y daños sufridos por el menor.

## *2. En el nivel de persecución*

No se deberá adoptar una decisión discrecional sobre la persecución, sin una adecuada consideración de la reparación del daño sufrido por el menor.

Los padres o tutores del menor deberán ser informados de la decisión definitiva relativa a la persecución, salvo cuando indiquen que no desean esa información

Los padres o tutores del menor deberían tener derecho a pedir la revisión por la autoridad competente de la decisión de archivo o derecho a proceder siendo citada directamente.

## *3. En el interrogatorio de la víctima*

En todas las fases del procedimiento el interrogatorio del menor deberá hacerse con respeto a su situación personal, a sus derechos y a su dignidad.

Los menores y enfermos mentales, en la medida de lo posible, deberán ser interrogados en presencia de familiares, tutores o personas cualificadas para asistirlos.

## *4. En los juicios*

Los padres o tutores deberían ser informados de la fecha y del lugar del juicio relativo a las infracciones que le han perjudicado; de las posibilidades de obtener la restitución y la reparación en el seno del proceso penal y de lograr el beneficio de la asistencia y asesoramiento jurídico; de las condiciones en que podrán conocer las resoluciones que se dicten.

El Tribunal debería poder ordenar la reparación por parte del delincuente a favor del menor y tener atribuidas las facultades precisas para fijar la naturaleza y el «quantum» de la sanción, teniendo en cuenta la necesidad de reparación del perjuicio sufrido por aquélla, y cualquier acto de reparación o restitución efectuado por el delincuente.

## *5. En el momento de la ejecución*

Cuando la reparación se imponga como sanción penal, debería ser ejecutada del mismo modo que las multas y tener prioridad sobre cualquier otra sanción pecuniaria impuesta al delincuente.

### *6. Protección de la vida privada*

Tanto durante la fase de instrucción como en la de juicio, la política de información y relación con el público, deberá tomar en cuenta la necesidad de proteger al menor de toda publicidad que pueda implicar un ataque a su vida privada o a su dignidad. Si el tipo de infracción, el estatuto particular, la situación o la seguridad personal del menor requieren la especial protección, el proceso penal anterior a la sentencia debería tener lugar a puerta cerrada. La divulgación de los datos personales del menor deberá ser objeto de las adecuadas restricciones.

### *7. Protección especial de la víctima*

Cuando sea necesario, y singularmente en los casos de delincuencia organizada, el menor y su familia deberán ser eficazmente protegidos contra las amenazas y el riesgo de venganza por parte del delincuente.

Finalmente se recomienda a los Estados miembros: examinar las ventajas que puedan representar los sistemas de conciliación y mediación; así como promover y estimular las investigaciones sobre eficacia de las disposiciones relativas a las víctimas.

También en el seno del Consejo de Europa ha de destacarse el Convenio 116 sobre indemnización a víctimas de delitos violentos de 24 de noviembre de 1983. Una de las características del sistema diseñado en este Convenio, tal y como destaca DE MIGUEL ZARAGOZA, es que la indemnización no se concibe como un derecho del individuo, sino como un deber del Estado por razones de equidad y solidaridad. Considera asimismo necesario instaurar regímenes de indemnización de las víctimas por parte del Estado en cuyo territorio se hubieran cometido los delitos, sobre todo cuando el autor no es conocido o carece de recursos. La indemnización habrá de cubrir la pérdida de ingresos, los gastos médicos y de hospitalización, gastos funerarios y cuando se trate de personas a cargo, la pérdida de alimentos.

Como ya dijimos, también Naciones Unidas se ha preocupado por la situación jurídica de las víctimas en un intento de mejorar su situación. En 1985 se celebró en Milán el VII Congreso de Naciones Unidas para «Prevención de la criminalidad y tratamiento de los autores del delito». Entre otros temas se trató el de las víctimas de la criminalidad. Se las definió como personas que individualmente o de forma colectiva han sufrido un daño, sobre todo a su integridad física o mental, un sufrimiento moral, una pérdida material o una grave violación de sus derechos fundamentales, por efecto de acciones u omisiones que infrinjan las leyes penales en vigor en un Estado miembro.

Se aprobaron entre otras recomendaciones las siguientes:

- Las víctimas deben de ser tratadas con comprensión y respeto a su dignidad.

- Tienen derecho a acceder a los órganos judiciales y a una reparación rápida del daño sufrido, a través de procedimientos rápidos, justos y poco costosos.
- Se debe mejorar la estructura y capacidad de los órganos judiciales y administrativos para atender a las necesidades de las víctimas.
- Se ha de proteger su vida y garantizar su seguridad y la de su familia, especialmente ante maniobras de intimidación o represalias.
- Los Estados han de diseñar sistemas que cubran esa necesidad de indemnizar cuando no sea posible obtener el resarcimiento del autor del delito.
- Se debe garantizar que las víctimas reciban la asistencia material, médica, psicológica y social, a través de organismos públicos o privados.
- Los autores de los delitos o los terceros civiles responsables de su comportamiento deben reparar justamente el daño causado a las víctimas, a sus familiares o a las personas a su cargo.

En el sentido expuesto la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece en su artículo 4 el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen del menor, con el fin de reforzar los mecanismos de garantía previstos en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la propia Imagen, lo que ha tenido un desarrollo jurisprudencial y legislativo como se verá. Y en lo que afecta a la instrucción criminal o sumarial, tratando de consagrar un principio de agilidad o inmediatez en todos los procedimientos que afecten a menores para evitar perjuicios innecesarios que puedan derivar de la rigidez de aquéllos en leyes como la Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales; Ley 35/1995, de 11 de diciembre, sobre ayuda y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual; Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII, del Libro II del Código Penal de 1995; y Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

## 2. EL MENOR EN EL PROCESO PENAL

La sentencia del Tribunal Constitucional de 12 de julio de 1998, consagró constitucionalmente el principio de que «quien instruye no puede fallar», lo que obligó a una rápida y urgente reforma de los procesos penales por delitos cuyo enjuiciamiento correspondía a los jueces de instrucción, y que tuvo su plasmación en la Ley Orgánica 7/1988, de 28 de diciembre, suponiendo un vuelco muy profundo a la situación anterior a la misma.

Se inicia una evolución en virtud de la que todos los sujetos del proceso recuperan su verdadero papel.

El proceso se constituye en dos fases. La primera es una fase de instrucción o de sumario, donde sin olvidarse de los demás principios, prima el principio inquisitivo o de investigación oficial. El juez instructor, (el fiscal en el proceso de menores) busca material probatorio para poder dirigir el proceso contra alguien, pero lo que realiza no son necesariamente verdaderas pruebas, sino diligencias de prueba, pues puede ocurrir que en su realización, no estén presentes todas las partes del proceso, o falten aspectos de lo acaecido que todavía no se sepan. Será en la fase siguiente, denominada de «juicio oral» o de «Plenario», donde el material probatorio que se practique sean verdaderas pruebas, y que serán las que tenga el juez que tener en cuenta.

El menor tras la comisión de un delito, ya sea como víctima o como testigo, se deberá enfrentar a dos situaciones, en circunstancias distintas; una ante el juez instructor y otra ante el juez de lo penal, en el juicio y «a la vista» de todas las demás partes procesales, cosa que no ocurrirá en la primera fase o fase instructora con toda seguridad. La razón de todo ello estriba en la preponderancia de unos y otros principios procesales en cada fase procesal. En la fase instructora, el menor se «encontrará» con el Juez, el Fiscal, su abogado y el abogado de la parte contraria, en virtud del principio inquisitivo, y en la fase del juicio oral, donde priman los principios acusatorio, de concentración de pruebas, contradicción, oralidad y publicidad, se encontrará con las personas citadas y con el sujeto activo del delito, el autor del mismo, circunstancia, que atendidas las del menor, puede ser perjudicial, habida cuenta su edad, formación incompleta, etc., previniendo la ley medidas correctoras, si no para evitar, al menos para paliar la situación, por otro lado inevitable.

### 3. EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL

La Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, modificadora de varios preceptos del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, modifica el artículo 13 de esta última, aclarando y matizando una cobertura que previamente quedaba mucho más inconcreta, remitiendo a una serie de medidas que se introducen en el nuevo artículo 544 bis de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y artículos 707 y 713 de la misma, y que recogen una serie de reformas que la propia ley introduce en el Código Penal y que no son sino continuación de las reformas operadas un mes antes en la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril que modifica el Título VIII del Libro II del Código Penal referido a los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales.

Establece el artículo 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que «Se consideran como primeras diligencias la de consignar las pruebas del delito que pueden desaparecer, la de recoger y poner en custodia cuanto conduzca a su comprobación y a la identificación del delincuente, la de detener, en su caso, a los presuntos responsables del delito, y la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, a sus familiares o a otras perso-

nas pudiendo acordarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el artículo 544 de la presente ley».

Las medidas que al amparo de este precepto puedan adoptarse, son variadas y diversas, y siguiendo a SAINZ DE ROBLES cabría decir que la potestad del juez instructor no tiene otro límite que su fin propio: dar protección al perjudicado, en tanto que si la designación del culpable y la aplicación de la pena exacta atribuible requiere la vulneración del proceso, el ofendido, el perjudicado por el hecho, salta a la vista desde el primer momento. Quizás cabría contemplar un límite a las potestades judiciales de los derechos e intereses de terceros. En efecto, no puede protegerse a uno dañando a quien «prima facie» nada tiene que ver con el hecho, ni imponer a nadie extraño cargas y deberes de añadidura. En todo caso, está claro que esa protección no requiere pretensión formal del ofendido, quien no necesita personarse en los autos a tal fin. Puede y debe ser adoptada de oficio, previa la comprobación suficiente.

El juez instructor tiene en su mano un amplio abanico de posibilidades, no ilimitadas, pero sí amplísimas para, asegurando el proceso y la investigación criminal, proteger al menor, ya sea víctima, ya sea testigo de los hechos, al objeto de proteger su intimidad e impedir que pueda ser presionado por el autor del delito u otras personas de cualquier forma o modo.

#### 4. LA LEY ORGÁNICA 19/1994, DE 23 DE DICIEMBRE

La Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales, introduce medidas de protección que están motivadas, según su exposición de motivos, por «la reticencia de los ciudadanos a colaborar con la Policía Judicial y la Administración de Justicia en determinadas causas penales, ante el temor a sufrir represalias».

La Ley prevé medidas de carácter procesal junto con otras que afectan a ámbitos distintos, especialmente policiales y gubernativas. Las primeras, a excepción de la reserva del nombre y apellidos del afectado (que si alguna de las partes lo solicita en sus respectivos escritos de calificación provisional, acusación o defensa ha de ser facilitada), perdurarán mientras lo hagan las circunstancias que aconsejaron su adopción, incluso hasta que el proceso concluya. Las restantes, es decir, las que son de carácter policial y administrativo, podrán mantenerse aun después de concluido el proceso definitivamente mientras persista la situación de peligro que originó su adopción.

A las medidas posibles durante la instrucción se refiere la ley en su artículo 2.º, según el cual son propias de esta fase las necesarias para preservar la identidad de los testigos y peritos, su domicilio, su profesión y lugar de trabajo. Podrán ser acordadas por el juez de instrucción, de oficio o a instancia de parte, cuando lo estime necesario en atención al ries-

go o peligro racionalmente apreciado. Tratándose de medidas que limitan derechos fundamentales, han de ser proporcionales al riesgo apreciado y necesarias e idóneas para precaverlo. De otro modo esa limitación no sería conforme a la doctrina del Tribunal Constitucional y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Además han de ser acordadas por resolución motivada y así lo exige el propio texto legal: «... el juez instructor acordará motivadamente...».

A la motivación se ha referido el Tribunal Constitucional en múltiples ocasiones señalando:

«la no motivación de una resolución judicial que restrinja un derecho fundamental infringe el derecho a la tutela judicial efectiva de los jueces y tribunales» (Sentencia 62/1982, de 15 de octubre de 1982).

«Con la motivación se permite que se aprecie en primer lugar por el afectado, y que se pueda controlar después, la razón que justificó, a juicio del órgano judicial, el sacrificio del derecho fundamental» (Sentencia 37/1989, de 15 de febrero de 1989).

*«... se cumpla el fin esencial de facilitar a los interesados el conocimiento de las razones por las que se limita su derecho, y permitir, asimismo, la posterior fiscalización, en su caso, de la legitimidad del acto mismo por los Tribunales de Justicia. Sin que sean suficientes, por tanto, indicaciones genéricas de las cuales no pueden derivarse criterios para enjuiciar la ordenación y proporcionalidad de la restricción que al ejercicio del derecho se impone» (Sentencia 53/1986, de 5 de mayo de 1986).*

Aunque el art. 2.º de la Ley, a diferencia del 4.º dedicado a las medidas propias de la fase de enjuiciamiento, nada dice sobre la posibilidad de recurso contra la resolución del juez de instrucción, no cabe duda que es susceptible de impugnación. Así lo dice la exposición de motivos de la Ley en referencia genérica a las medidas que la misma prevé «en el marco del derecho de defensa, serán susceptibles de recurso...».

A falta de previsión específica, contra los autos del juez de instrucción que acuerden o denieguen la adopción de alguna de las medidas que nos ocupan serán procedentes los recursos de reforma y queja.

Las medidas a adoptar son las siguientes:

1. Que no consten en las diligencias que se practiquen el nombre, apellidos, domicilio, lugar de trabajo y profesión del protegido, cualquier otro dato que pudiera servir para su identificación, pudiéndose utilizar para ésta un número o cualquier otra clave.

Se trata de mantener en secreto todos los datos que puedan identificar a una persona con la finalidad de proteger su seguridad e integridad física. Parece lógico pensar que, en consonancia con esta medida, en el interrogatorio al que se someta el testigo protegido quedarán vedadas las preguntas que se le dirijan tendentes a su identificación.

2. Que comparezcan para la práctica de cualquier diligencia utilizando procedimientos que imposibiliten su identificación visual normal. No alude la Ley a procedimiento alguno en concreto, por lo que muy bien pueden utilizarse desde gorros, capuchas, antifaces, etc., hasta pantallas separadoras para el momento en que la intervención procesal tenga lugar. También parece razonable que se adopten medidas especiales para preservar el anonimato de la persona protegida cuando ésta haya de acceder a la sede judicial donde tenga que declarar.

3. Que se fije como domicilio, a efectos de citaciones y notificaciones, la sede del órgano judicial interviniente, el cual las hará llegar reservadamente a su destinatario.

La adopción de estas medidas habrá de tramitarse en pieza separada en la que constarán los datos reales de la persona protegida, a la que, en tanto no se deje sin efecto la medida, las partes no podrán tener acceso y permanecerá bajo la custodia del secretario.

La posibilidad de mantener en secreto la identidad de los testigos durante la fase de instrucción ha sido admitida por varias sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, entre otras, la sentencia de 20 de noviembre de 1989 caso Kostovski y sentencia de 19 de diciembre de 1990 caso Delta.

A la fase intermedia y de enjuiciamiento dedica la Ley su artículo 4. Con arreglo al mismo, recibidas las actuaciones en el órgano competente para el enjuiciamiento, éste se pronunciará motivadamente sobre la procedencia de mantener, modificar o suprimir todas o algunas de las medidas de protección adoptadas por el juez de instrucción, así como si procede la adopción de otras nuevas, previa ponderación de los bienes jurídicos constitucionalmente protegidos, de los derechos fundamentales en conflicto y de las circunstancias concurrentes en los testigos y peritos en relación con el proceso penal de que se trate.

Dice la Ley que las medidas adoptadas podrán ser objeto de recurso de reforma o súplica, si bien habrá de entenderse que también pueden serlo la resolución que recaiga sobre el mantenimiento, modificación o supresión de las ya acordadas, así como al que las deniegue.

Cualquiera de las partes podrá motivadamente solicitar en su escrito de calificación provisional, acusación o defensa, el conocimiento de la identidad de los testigos y peritos propuestos como prueba que fueran admitidos como tal. En este supuesto, el auto que admite la prueba ha de expresar el nombre y apellidos de las personas de que se trate, respetándoles las restantes garantías. A partir de que se notifique a las partes esta identidad, comenzará el plazo para la recusación de peritos y otro de cinco días para proponer prueba tendente a acreditar alguna circunstancia que pueda influir en el valor probatorio del testimonio del testigo protegido. Las partes también podrán hacer uso de este derecho, a la vista de las pruebas

solicitadas por las demás que hubieran sido admitidas, y cuentan para ello con el plazo previsto para la interposición del recurso de reforma y el de apelación.

Las declaraciones o informes de los testigos y peritos que hayan sido objeto de protección en fase de instrucción, solamente podrán tener valor de prueba, a efectos de sentencia, si son ratificados en el acto del juicio oral en la forma prevista en la Ley de Enjuiciamiento Criminal por quien los prestó. Si se consideran de imposible reproducción por causas independientes de la voluntad del testigo o perito de que se trate «habrán de ser ratificadas mediante lectura literal a fin de que puedan ser sometidas a contradicción por las partes».

Si, como se ha dicho, la posibilidad de que durante la instrucción la identidad del protegido permanezca en el anonimato se ha admitido, durante la fase del juicio oral ello ya no es posible. En ésta el derecho de defensa, y todos los derechos y garantías inherentes a la condición de acusado, están en posición preferente respecto a los derechos de protección de los testigos y los peritos. Como ha señalado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en sentencia de 20 de noviembre de 1989 caso Kostovski «si la defensa desconoce la identidad de la persona a la que intenta interrogar, puede verse privada de datos que precisamente le permitan probar que es parcial, enemiga o indigna de crédito, y no podrá demostrarlo si no tiene las informaciones que le permitan fiscalizar el crédito que merece el autor o ponerlo en duda». En consideración a esta doctrina, la ley que estudiamos obliga ya en la fase de enjuiciamiento, a facilitar la filiación del testigo o perito protegido cuando alguna parte la solicite.

Sobre la declaración del testigo, de forma que pueda ser oído pero no visto por el acusado, el Tribunal Constitucional en sentencia 64/1994, de 28 de febrero, consideró que el testimonio oculto, entendiéndose por tal el que se presta sin ser visto por el acusado, no vulnera la exigencia de publicidad, contradicción e igualdad de armas ni, consecuentemente, el invocado derecho fundamental a un juicio público con todas las garantías. El Tribunal denegó el amparo aunque señaló que esa manera de declarar suponía una anomalía procesal o, lo que es lo mismo, una infracción de la legalidad ordinaria, infracción que sin embargo, desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 19/1994, ya no será tal siempre que se trate de testigos o peritos acogidos a las medidas que la misma prevé.

El artículo 3 de la Ley se refiere a medidas dirigidas a proteger la identidad de los peritos y testigos que afectan a ámbitos distintos del proceso y no vinculadas a ninguna de sus fases. Así dispone: «Los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el Ministerio Fiscal y la autoridad judicial cuidarán de evitar que a los testigos o peritos se les hagan fotografías o se tome su imagen por cualquier otro procedimiento, debiendo proceder a retirar el material fotográfico, cinematográfico,

videográfico o de cualquier otro tipo a quien contraviniera esa prohibición. Dicho material será devuelto a su titular una vez comprobado que no existen vestigios de tomas en las que aparezcan los testigos o peritos de forma tal que pudieran ser identificados». Entiendo que esta previsión no habría de ser de aplicación en el caso de que la difusión mediática de la imagen del protegido lo sea a su instancia, o con su expreso consentimiento, supuesto en que las medidas de protección acordadas carecerían de justificación.

Esta medida debe prevalecer frente al derecho a la información reconocido en el artículo 20 de la Constitución, como valor relevante el derecho incondicionado a permanecer en el anonimato, considerando la puesta en peligro del derecho fundamental a la vida y a la integridad física que la difusión de las imágenes pudiera acarrear.

Por último, el segundo párrafo del artículo 3 de la Ley prevé distintas medidas de protección al margen del proceso, que ninguna incidencia tiene en los derechos sobre los que el mismo se vertebra. Así, dispone que a instancias del Ministerio Fiscal para todo el proceso, o si, una vez finalizado éste, se mantuviera la situación de peligro grave que determinó la necesidad de adoptar una medida de protección de las previstas en la Ley se brindará a los testigos y peritos protección policial. Como posibilidad, y excepción, prevé la obtención y entrega de documentos de nueva identidad y medios económicos para cambiar de residencia o lugar de trabajo. Finalmente reconoce a los testigos y peritos afectados la facultad de solicitar ser trasladados a las dependencias judiciales, al lugar donde hubiera de practicarse alguna diligencia o a su domicilio, en vehículos policiales, así como a que, mientras permanezcan en dependencias judiciales se les facilite un local reservado para su exclusivo uso, convenientemente custodiado.

##### 5. LAS LEYES ORGÁNICAS 11/1999 DE 30 DE ABRIL Y 14/1999 DE 9 DE JUNIO

Se alzaban voces que reclamaban un sistema de protección más completo al ya expuesto, y se refería a los casos de víctimas de delitos violentos, especialmente mujeres y niños, por el que se prohibiera que el agresor se acercara físicamente a la víctima, como medida a adoptar desde que se presenta la denuncia.

El tema ha sido muy debatido, sobre todo porque la Ley no preveía esta situación que afecta a un Derecho fundamental como es el de libre circulación, concretado en la deambulacion del individuo sujeto activo del delito.

Entiendo que no habría problema en adoptar una medida de este tipo partiendo de la base de que si el juez de instrucción, al amparo de lo dispuesto en los artículos 503 y 504 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal puede decretar la restricción de la libertad del individuo, privándole de la misma, o imponiéndole la obligación de presentarse cada cierto tiempo

en el Juzgado o en la Policía, motivando adecuadamente la resolución como establece el Tribunal Constitucional en las sentencias ya citadas núms. 60/1962, 37/1989, 53/1986, podría establecer la restricción del sujeto activo del delito de aproximarse a la víctima, o testigo del delito, ya que el juez instructor puede decretar, ante la comisión de un delito, o la libertad sin restricciones del previsto autor, o su privación absoluta, incluso incomunicada, de su libertad.

Las Leyes Orgánicas 11 y 14 del año 1999 han venido a solventar la disputa doctrinal apuntada al establecer normativamente tal posibilidad.

La Ley Orgánica 11/1999 modifica los artículos, entre otros, 57, 83, 105.1 y 617.2 del Código Penal de 1995, estableciendo como pena la prohibición del sujeto activo del delito de aproximarse a la víctima o comunicarse con ella o con su familia.

La modificación establecida está encaminada a proteger a la víctima del delito, sea o no menor, pero no en cuanto a si es testigo; y en segundo lugar, sólo se prevé como pena.

Será la inmediatamente posterior Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, la que solviente la cuestión de un modo definitivo, al posibilitar que la medida de prohibir la aproximación o comunicación del sujeto activo del delito con la víctima, se extienda también al testigo-no víctima y que ello pueda ser adoptado en fase de instrucción y no solamente como pena tras la celebración del oportuno juicio. A tales efectos se modifican los artículos 33, 39, 48, 57, 617 y 620 del vigente Código Penal de 1995, y los artículos 109, 148, 455, 707 y 713 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, añadiéndose un nuevo artículo en éste, el 544 *bis*. La reforma operada en ambas Leyes Orgánicas núms. 11 y 14 de 1999, establece la posibilidad de que el juez tanto en la instrucción, como en la celebración de la vista, como tras la sentencia condenatoria que pudiera dictar, establezca la prohibición de aproximarse del sujeto activo del delito a la víctima o su familia, o de comunicarse con ella, tanto si es menor de edad, como si no.

Si el menor es testigo, tanto si es víctima como si es solamente testigo en sí, se añade una posibilidad más de modo expreso, y es que se puede proteger al menor de edad de tener que «enfrentarse» o «ver» al autor del delito, tanto en fase de instrucción como en el momento del juicio oral, al establecerse en los artículos 455 y 713 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que «no se practicarán careos con testigos que sean menores de edad salvo que el Juez lo considere imprescindible y no lesivo para el interés de dichos testigos, previo informe pericial».

Lo expuesto implica que la norma general es que el menor-testigo o menor víctima no vea o se enfrente al autor del delito, siendo la excepción lo contrario, exigiéndose informe pericial al respecto.

## 6. EL INFORME PERICIAL. SU VALORACIÓN

El único patrimonio que el juez lleva del proceso es el conocimiento del derecho, pero éste sólo se aplica sobre los hechos, que son extraprocesales y que habrá que conducir al proceso para analizarlos, probarlos y enjuiciarlos. El juzgador no puede emplear el derecho hasta que los hechos no se hayan probado. Surge entonces la necesidad de recurrir a los medios de prueba por una exigencia imperativa de verificar los hechos. (Villanueva Cañadas).

La intervención de peritos tiene lugar siempre que, en una causa criminal se presentan determinadas cuestiones importantes, cuya solución requiere el examen de personas aptas y con conocimientos facultativos y especiales, al objeto de poder producir convencimiento, previo a la certeza, en el ánimo del juez, al demostrar la verdad o realidad de los hechos (Mittermaier).

Los peritos son, pues, terceras personas con conocimientos especializados llamados al proceso para aportar un conocimiento especial, que al juez le falta o puede faltarle, necesario para la percepción y apreciación de hechos que no pueden captarse sin tal saber especial, y con los cuales hechos no entra en contacto el perito sino en virtud de su llamada a la participación en el proceso (Gómez Orbaneja).

Retomando a Mittermaier no debe concederse una fe absoluta al parecer del perito, ya que la prueba pericial descansa en un encadenamiento de probabilidades racionales que corresponde apreciar al juez antes de declararse convencido. Prueba libre no significa, consiguientemente, que los criterios de razón empleados no hayan de pasar a la motivación de la sentencia, que el juzgador no haya de dar cuenta de ellos. Que el juzgador silencie los motivos que le han conducido al convencimiento o que han impedido que se creara, es, como dice Gómez Orbaneja, un mal que no se deriva lógicamente y necesariamente del principio de libre valoración de la prueba.

Por último, establece el auto del Tribunal Constitucional 868/1986, en este sentido que los informes periciales no vinculan de un modo absoluto al juez porque son en sí mismos manifestaciones de una verdad incontrovertible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ASENCIO MELLADO JM. Prueba prohibida y prueba preconstituida. Madrid: Ed Trivium, 1989.
2. CARNELUTTI. La prueba civil. Buenos Aires, 1995.
3. CORTÉS DOMÍNGUEZ V. La Constitución Española y los Principios rectores del proceso civil. Cuadernos de Derecho Judicial, 1992; 22: 137-155.

- Consejo General del Poder Judicial y Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España. La función pericial de los arquitectos al servicio de la Administración de Justicia. Cuadernos de Derecho Judicial, Santiago de Compostela, 1994.
- Consejo General del Poder Judicial. Los Principios del Proceso Penal. Madrid, 1992.
- 4. CUELLO CALÓN, E. Los nuevos métodos de investigación criminal y los derechos de la persona. Derecho penal: conforme al nuevo «Código...». Anuario, 1949.
- 5. DORADO MONTERO P. Los peritos médicos y la justicia criminal, Madrid: Ed Hips de Reus, 1905.
- 6. FERRER GARCÍA, A. Diligencias de Protección referidas al perjudicado y los testigos. Madrid: Cuadernos de Derecho Judicial, 1998.
- 7. GÓMEZ DE LIAÑO y BOTELLA, FJ, MÁRQUEZ DE PRADO y NORIEGA, MD. Diccionario de Jurisprudencia Penal, 1981-1993.
- 8. GÓMEZ ORBANEJA, E. Derecho procesal civil. 1975.
- Derecho Procesal Penal, Madrid, 1975.
- 9. GÓMEZ ORBANEJA E, HERCE QUEMADA V. Derecho procesal penal. Madrid: SN, 1975.
- 10. GUASP. Derecho procesal y ciencia forense. 1969.
- 11. GUASP DELGADO J. Derecho procesal civil. Madrid: Inst de EP, 1968.
- 12. GUTIÉRREZ CARBONELL M. Tratamiento procesal de la pericia médica en el procedimiento penal. Diligencias de instrucción y pruebas: preconstituidas, anticipadas y plenarias. Cuadernos de Derecho Judicial, 1993; 5: 9-43.
- 13. MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, JM, GONZÁLEZ RIVAS, JJ, SANCHO ARTOLA, V. Temas de Derecho Procesal. Madrid: colex, 1990.
- 14. MONTES PENADES, V. El perito en el ámbito del Derecho Civil. COP, III. 1986.
- 15. MURILLO Y GARCÍA-ATANGE M, BARREDA HERNÁNDEZ A, ALOS BARDUZAL F, USÓN GARCÍA, R. Intervención del Arquitecto perito en procedimientos civiles y penales.
- 16. MURILLO Y GARCÍA-ATANGE, M. La prueba pericial médica en el Derecho. Universidad de Zaragoza: Zaragoza, 1996.
- 17. PODER JUDICIAL. La función pericial de los arquitectos al servicio de la Administración de Justicia. Número especial VII. Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1986.
- 18. PRIETO CASTRO. Tratado de Derecho procesal civil. 1985.
- 19. QUINTANO RIPOLLÉS. Arcoanálisis y Derecho Procesal. Revista de Derecho Procesal.
- 20. SEOANE SPIEGELBERG JL. Recepción en el proceso de nuevos métodos de investigación científica y derechos fundamentales. MEDICINA LEGAL, Cuadernos de Derecho Judicial.
- 21. STEIN. El Conocimiento privado de los jueces.
- 22. TOMÁS TÍO JM. Problemática del dictamen pericial. 1986
- Aspectos jurídicos-procesales de la función pericial. 1989.
- 23. VÁZQUEZ SOTELO, JL. Presunción de inocencia del imputado e intima convicción del Tribunal. Bosch.

## LA MEDIACIÓN FAMILIAR COMO MEDIDA PREVENTIVA DE LOS CONFLICTOS FAMILIARES EN SEPARACIÓN Y DIVORCIO

LYDIA RODRÍGUEZ BENITO\*

**Resumen:** La mediación familiar se entiende como una alternativa extra-judicial para abordar la separación o el divorcio, tiene como objetivo permitir a los padres ejercer sus responsabilidades parentales en un clima de cooperación y respeto mutuo. Este estudio pretende reflexionar sobre los beneficios de la mediación familiar como técnica pacífica de resolución de los problemas derivados de la ruptura de pareja, posibilitando el acceso a una tramitación legal amistosa y evitando enfrentamientos inútiles que ocasionan pérdidas emocionales y económicas para toda la familia.

**Palabras clave:** Mediación familiar. Menor. Divorcio. Ruptura familiar. Separación.

**Abstract:** Family Mediation is understood as an extra-judicial alternative for handling separation or divorce, and its objective is to allow the parents to exercise their parental responsibilities in a climate of mutual cooperation and respect. This study attempts to reflect on the benefits of Family Mediation as a peaceful technique for resolving problems derived from the couple splitting, making access possible to an amicable legal process and avoiding useless confrontations that cause emotional and economic losses for the entire family.

**Key-words:** Family mediation. Minor. Divorce. Family split. Separation.

---

\* Responsable del Servicio de Mediación Familiar del Instituto Aragonés de la Mujer (Consejería de Presidencia y Relaciones Institucionales de la Diputación General de Aragón).

## I. INTRODUCCIÓN

Los siguientes párrafos pretenden reflexionar sobre los beneficios de la Mediación como técnica pacífica de resolución de problemas derivados de la ruptura de la pareja, de modo que alcancen un acuerdo consensuado en todos los puntos del Convenio Regulador, posibilitando el acceso a una tramitación legal amistosa y evitando enfrentamientos inútiles que ocasionan pérdidas emocionales y económicas para todo el núcleo familiar. La relevancia social de la Mediación Familiar es indudable si se tiene en cuenta el impacto que, a todos los niveles y tanto en Europa como en América, está teniendo el enorme incremento de separaciones y divorcios experimentado en las últimas tres décadas.

El procedimiento litigioso no sólo no es el mejor, sino que más bien parece el peor, entre las posibles alternativas. El litigio tiende a empeorar el conflicto y el trauma, sin dar cauce a las necesidades de asesoramiento y negociación de la mayoría de las parejas que experimentan un grave conflicto marital. (*Guidlines for Establishing Court Connected Family Conciliation and Mediation Services, The Asociation of Family and Conciliation Courts*, Oct. 1984, pág. 7).

También parece claro que «la sociedad no puede y no debe contar exclusivamente con los Juzgados de Familia para la resolución de las disputas. Es posible que otros mecanismos sean mejores en relación con una amplia variedad de controversias. Pueden ser menos caros, más rápidos, menos intimidatorios, más sensibles a las preocupaciones de los que intervienen en la disputa y con más posibilidades para responder a los problemas subyacentes.

Puede ser que dispensen una mejor justicia, que acaben en una menor alienación, que produzcan sentimientos de que por fin una disputa ha sido realmente escuchada y que los interesados puedan mantener el control, sin poner ese problema en manos de abogados y jueces, ni de inscribirlo en las complicaciones del sistema legal». (U.S. Department of Justice: «*Paths to Justice: Major Public Policy Issues of Dispute Resolution*», January, 1984; pag. 1).

El objetivo principal de la Mediación está en favorecer el bienestar de los ciudadanos, fundamentalmente en la protección del mejor interés de los menores. En este sentido la Mediación supone una excelente herramienta de prevención para favorecer una futura reorganización familiar

El sólo hecho de haber menores implicados da todavía más fuerza al argumento de que al procedimiento no se le debe dar un tratamiento contencioso. (Coy, 1986).

## II. CRISIS Y RUPTURA FAMILIAR

### 1. EVOLUCIÓN DE LA INSTITUCIÓN FAMILIAR

En los últimos tiempos han cambiado de forma significativa las actitudes y comportamientos de la familia española. Según Bernal podríamos enumerar una serie de aspectos importantes, que han contribuido a dichos cambios:

Primeramente, el aumento de la industrialización que hace posible el trabajo fuera de casa y la incorporación de la mujer al mundo laboral. En segundo lugar se produce un aumento del bienestar que desplaza las funciones educadoras que desde siempre ha realizado la familia. Por último hay que añadir, junto al desarrollo económico, el de los medios de comunicación social, que muestran modelos familiares diferentes y que son muy distintos a los que han imperado durante muchos años en España.

A todos estos fenómenos sociales deberíamos añadir otros aspectos comunes a la mayoría de los países de la Europa Occidental, y que han ido modificando la imagen de la familia (ROUSSEL, L. 1992): descenso de la fecundidad, que en España presenta una fuerte caída a partir de los 80, descenso de la nupcialidad y aumento de la edad de las parejas al contraer matrimonio. Asimismo, aumentan las parejas de hecho, las que prescinden del matrimonio pero tienen una convivencia estable, lo que supone un nuevo fenómeno como es el de los nacimientos fuera del matrimonio. La ruptura de pareja es otra variable a destacar para entender la modificación de la familia española. El índice de demandas ha crecido en todos los países de Europa, participando España de ese crecimiento a partir de la reforma del 81, cuando se legaliza el divorcio.

Junto a las variables descritas, se puede observar también una gran diversidad de formas familiares. No existe un modelo único, y aunque la familia nuclear es la más extendida, hay ciertos cambios, si se tiene en cuenta que el trabajo femenino ha supuesto una transformación de las relaciones internas de la pareja, al regirse por reglas igualitarias e individualistas, muy diferentes de los vínculos jerárquicos de la antigua familia nuclear. Además se registra un aumento de la familia monoparental, concepto que se aplica de igual forma a los viudos con hijos como a las madres solteras. A consecuencia de las rupturas y las nuevas uniones existe otra forma familiar constituida por parejas que aportan hijos de otra relación anterior y forman una familia «reconstituida», donde conviven todos juntos. Por tanto, no podemos hablar del concepto «familia», sino de formas

distintas que representan la diversidad de opciones en cuanto a modos de construir la familia.

Es innegable que a estos cambios han contribuido las reformas legales introducidas en nuestro ordenamiento jurídico (Ley 30/1981, de 7 de julio), y entre ellas, la solución judicial que los legisladores dieron a la ruptura conyugal. Estas modificaciones en materia de filiación significaron un acercamiento a ese nuevo concepto de familia, pero en la actualidad se han quedado rezagadas respecto al avance experimentado por la sociedad española.

## 2. CRISIS Y RUPTURA. SEPARACIÓN Y DIVORCIO

Se entiende por ruptura familiar los cambios en la estructura y la dinámica de un grupo de convivencia como resultado de la separación o divorcio de la pareja que forma el subsistema paterno. El impacto que la separación y el divorcio están teniendo en la sociedad actual es enorme. En las presentes circunstancias, el divorcio podría considerarse como una expectativa normal del ciclo evolutivo familiar, dada su gran incidencia y continuo aumento.

No obstante, la experiencia de divorcio es una de las más traumáticas y perdurables por las que pueda pasar un ser humano. Su potencial para afectar patrones de relación, lealtades, seguridad personal, etc., es aún mayor que la muerte de un familiar querido. Produce una sensación de pérdida sutil pero real, y quedan afectadas tanto las redes familiares de origen, como las sociales y económicas. Un estudio realizado en 1995 por el Instituto Dexeus de Barcelona sobre el «Stress y su tratamiento» señala que entre las causas generadoras de estrés, la separación y/o divorcio se coloca, en primer lugar, por delante de la muerte de un amigo o familiar y de sufrir una enfermedad grave.

Los obstáculos psicológicos y sociales a los que deben enfrentarse los niños y sus padres en proceso de divorcio son formidables, y el camino hacia la estabilidad es más largo de lo que mucha gente llega nunca a darse cuenta. Tanto para el adulto como para el niño, el divorcio no es un hecho aislado; es una cadena de hechos —una serie de cambios legales, sociales, psicológicos, económicos y sexuales— enlazados de forma compleja y que se prolongan en el tiempo. El divorcio y la separación son procesos que se inician con un conflicto que rompe el matrimonio, a menudo alcanza una cima con la separación y la demanda ante el Juzgado, y a continuación, da paso a varios años de transición y desequilibrio, antes de que los adultos sean capaces de conseguir o alcanzar un sentido de continuidad y confianza en sus nuevos papeles y relaciones.

Se distinguen en el proceso de divorcio diversas dimensiones que a menudo coinciden con las diferentes fases por las que acostumbran a pasar las personas que viven una separación.

Para Paul Bohanon (1970) existen diversas facetas en el divorcio, según cada uno de los aspectos de la vida desde los que se considere:

Un *divorcio emocional*, que se refiere a lo que le sucede a cada uno de los esposos dentro de la relación que se está disolviendo. Los padres deben de rehacer sus relaciones a partir de una relación de dependencia hasta llegar a una de independencia, o en caso de que ambos participen activamente en la crianza y educación de los hijos, de interdependencia.

Hay también un *divorcio legal* caracterizado por el proceso de disolución del vínculo jurídico.

El *divorcio económico* es el proceso que concluye con un reparto de los bienes comunes y la creación de dos unidades de convivencia donde antes solamente había una. La relación económica habitual ha finalizado y ninguno es responsable de las deudas o compromisos que adquiera el otro.

Podría hablarse también de *divorcio comunitario*, en referencia al hecho de que cada uno de los padres se sienta cómodo con su cambio de «status» en la comunidad, incluyendo el tratar con el profesor o tutor de los hijos, con el director del colegio, los padres de los amigos de los hijos, etc.

Hay también un *divorcio psíquico*, proceso personal que conduce a aceptar la nueva realidad y al restablecimiento, o a la construcción —si no existía antes— de una autonomía personal. Es decir, la forma en que cada padre se siente, como individuo que está atravesando por la situación del divorcio, en términos de los diferentes roles que juega en la vida (padre, trabajador, amante, etc.).

Cji Ware (WARE, C. 1982) cita además otra serie de aspectos que también aparecen en el proceso de separación y/o divorcio:

- Un *divorcio físico*, la unidad familiar cambia físicamente de una residencia a dos.
- Un *divorcio sexual*. Los padres dejan de estar implicados en relaciones sexuales (entre ellos).
- Un *divorcio familiar* que se refiere a la aceptación por cada uno de los padres de su cambio de «status» dentro de los grupos familiares, especialmente en relación con la familia política.
- Un *divorcio social* que consiste en la aceptación por cada padre del concepto de «soltería»; el verse a sí mismo separado en la sociedad.
- Por último un *divorcio co-paterno*, ya que cada uno de los padres tiene que ver al otro como figura separada, pero con igual importancia en las vidas de los niños cuyas cargas comparten.

El orden de exposición no quiere decir que necesariamente sea éste en el que transcurren las cosas. Cada padre irá alcanzando y superando cada una de estas fases en su orden concreto y de forma concreta.

En Estados Unidos durante la década de 1970-80 el número de divorcios aumentó en un 67%. En la actualidad se estima que la mitad de todos los nuevos matrimonios terminarán en divorcio. En 1980 había cinco millones novecientos mil familias con un solo padre y el 90% de esas familias eran mantenidas por la madre. El 44% de las madres estaban divorciadas, y el 27% legal o informalmente separadas de sus maridos (GROSSMAN, 1981). En la actualidad, el 20% de los niños viven con un solo padre, y algunos investigadores predicen que más del 30% de los niños nacidos en la década de los 80 pasarán parte de su infancia con un solo padre. El «resultado» es una sociedad que espera que más del 60% de los niños nacidos en Estados Unidos en los últimos años experimenten una ruptura en el matrimonio de sus padres antes de llegar a los dieciocho años, con lo que estamos sentenciando a una parte importante de la próxima generación de niños en América a periodos de penuria económica (WEITZMAN, L. J., 1985).

Está claro que éste no es aún el panorama en España porque no hay un número muy elevado de padres divorciados, sin embargo, según los pronósticos de los investigadores este número irá aumentando de forma considerable en los próximos años (Se asegura que lo que sucede en Estados Unidos es pronosticable para Europa y concretamente España, diez años después. De hecho en el resto de Europa el número de divorcios ya es más elevado que en España).

### 3. PROCESO DE RUPTURA Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LA PAREJA

Hemos visto cómo la ruptura de la pareja es una de las experiencias más dolorosas que el ser humano puede sufrir. Después de la muerte de un ser querido es el acontecimiento más estresante en la vida de las personas. Sin embargo, según Kaslow (1984), se ha comprobado que al comparar la muerte del cónyuge y el proceso de ruptura, este último conlleva una mayor intensidad emocional, ya que la persona se adapta mejor ante la pérdida definitiva de la pareja, mientras que en la ruptura no se deja de estar en contacto con ella, reavivando el dolor y el odio, así como las fantasías de volver a estar juntos. Por otra parte, los sentimientos de culpabilidad y de abandono que suelen darse en la ruptura no están presentes en la muerte del cónyuge.

En el aspecto económico también es importante la diferencia que existe entre ambas situaciones, ya que la muerte del cónyuge ocasiona, en general, un aumento del patrimonio, mientras que en la ruptura ocurre lo contrario, y el patrimonio tiene que dividirse.

Finalmente, el entorno social, amigos y familiares ayudan y apoyan a la persona que se ha quedado viuda, mientras que en el caso de la ruptura, las inclinaciones hacia uno u otro miembro de la pareja hacen perder el apoyo a uno de ellos.

Generalmente se piensa que uno de los cometidos fundamentales de la vida de las personas es estar en pareja para poder ser feliz. Sin embargo,

esa búsqueda de la felicidad es lo que motiva a un gran número de parejas a tomar la decisión de separarse, para evitar continuar con una relación no gratificante. Las personas que inician su relación de pareja presentan una serie de expectativas elevadas de lo que va a ser su vida futura de relación. El comienzo de los conflictos se produce cuando la convivencia en común ocasiona un choque entre las expectativas y la realidad, comenzando una serie de cambios cada vez más drásticos. La ruptura es un proceso largo y doloroso que se desarrolla a través de etapas diferentes con características propias que nada tiene que ver con el ciclo de vida de una familia intacta:

*Predivorcio:* Es una etapa de deliberación, donde los sentimientos de desilusión e insatisfacción conducen al distanciamiento. La indecisión se manifiesta mediante conductas tendentes a evitar la ruptura y pensamientos dirigidos a reducir las exigencias respecto a la relación, y una exageración de las consecuencias de la ruptura en los hijos. Las parejas consiguen mantenerse durante mucho tiempo ejerciendo sólo como padres, y abandonando toda relación como pareja; la ruptura es muy dolorosa ya que, en general, se produce movida por algún acontecimiento externo que se interpreta con resentimiento y agresividad. En realidad estas parejas ya estaban rotas, y un empujón exterior terminó de concluir la ruptura.

*Durante el divorcio:* Cuando la decisión de romper la relación está tomada, el problema principal reside en que ésta suele ser unipersonal, no aceptada por la otra parte. La persona que decide interpreta el cambio como positivo, o menos malo que mantener la situación, haciendo esfuerzos para que el cambio se produzca, por lo que acude al abogado para asesorarse e iniciar una acción legal. Los sentimientos de inseguridad e incomodidad con la situación, de incapacidad y necesidad de ponerse a prueba, el sentimiento de confusión, de agresión y necesidad de defenderse, conducen a las personas a centrarse en el pasado, en lo negativo, en lo imposible.

Esta forma de interpretar lo que acontece, les hace no tener en cuenta el punto de vista del otro, aferrarse a sus posturas, y tratar al otro de forma respectiva. Los sentimientos de víctima y culpable imperan, generalizándose a los hijos, mezclándose las funciones maritales y parentales.

En estos momentos, los asesoramientos individuales o partidistas resultan contraproducentes, y, sin embargo, ambos miembros de la pareja los demandan para afianzarse en sus posturas, sobre todo cuando tienen que llegar a conseguir acuerdos legales, que suelen ser boicoteados por la no aceptación de la separación y por los problemas que han conducido a ésta. Los sentimientos negativos de depresión e irritación se mezclan y las acciones van desde quejas, amenazas, intento de arreglo con ayuda o sin ayuda, hasta la ruptura.

*Después del divorcio:* Esta etapa conlleva otro tipo de problemas, relativos al ajuste a la nueva situación, aunque también puede seguir siendo una continuación de los problemas mencionados, cuando la ruptura no se ha

producido de manera adecuada, y la negativa de una parte a aceptar la ruptura y a asumir la responsabilidad en la misma siguen presidiendo la vida de ambos. En esta etapa se produce un progresivo acople de la convivencia en solitario con los hijos. Éstos pasan a ser el principal objetivo de vida del padre o madre que convive con ellos, produciéndose en algunos casos una fuerte dependencia que perjudica a las dos partes. En otros casos, la independencia del padre/madre, y una nueva pareja aparecen en la vida de la persona separada, llenándola de optimismo y de sentimientos de seguridad y autonomía.

#### 4. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA SEPARACIÓN SOBRE LOS MENORES

Hubo un tiempo en que se decía que los hijos, para bien o para mal, mantenían unido al matrimonio. Esto, como sabemos, ha pasado a la historia. La separación y/o el divorcio de los padres, supone un considerable impacto sobre la futura evolución de los hijos, sobre todo si ésta es conflictiva. En este sentido Caplan (1993) considera el divorcio como la mayor amenaza actual de la salud mental de los niños.

El cambio en la vida adulta es gradual, doloroso, ganado a pulso, y con frecuencia se extiende a lo largo de varios años. Pero lo que puede parecer una expectativa razonable, en cuanto al sentido del tiempo para el adulto, tiene una dimensión y significado diferentes en la vida de un niño. Dos o tres años de inestabilidad representan una significativa parte de la experiencia vital total del niño, aproximadamente la mitad de la vida de un/a niño/a de Jardín de Infancia, o la tercera parte de la de un niño de nueve años. Y no es éste el único aspecto a considerar. La vivencia infeliz que tiene el niño sobre la desgracia de los padres puede también extenderse a lo largo de los primeros años de una familia separada o divorciada recientemente.

Los estudios realizados con distintos grupos de edad indican una serie de reacciones emocionales comunes en niños de igual edad. Wallerstein y Kelly (1980) observaron que la respuesta más usual entre los niños de preescolar tenía que ver con pérdida de conductas adaptativas que ya habían sido adquiridas adecuadamente, como el control de esfínteres, alimentación, etc. Los de edad escolar reaccionaban con miedos y un gran sentimiento de tristeza e inseguridad, en contraste con los preadolescentes que lo hacían con una fuerte irritación y sentimientos de disconformidad.

La edad es un factor muy importante para anticipar la respuesta de los niños ante la separación, ya que ésta marca diferencias en habilidades cognitivas para elaborar un juicio de lo que es conveniente para sus vidas, influyendo en la manera de responder emocionalmente ante este acontecimiento (Hodges and Bloom, 1986). Sin embargo, la edad no es el único factor a tener en cuenta, ya que también tienen influencia el sexo, número de hermanos, relación de la pareja, edad de los padres, decisión conjunta o no de éstos, sexo del padre que rompe, etc. Además

de estos factores, y del momento evolutivo del niño, que modela su respuesta a la ruptura, también la conducta interpersonal de los padres, y el mantenimiento de un contacto adecuado del niño con ambos después del divorcio, determinan la intensidad y duración de tal respuesta (MITCHELL, 1985; BAHR *et al*, 1987).

Partiendo del hecho de que la separación es el resultado, y no la causa, de los conflictos familiares, las conductas desadaptativas que los menores puedan presentar ante la ruptura no son debidas a ésta, sino a toda la situación del conflicto y tensión que la precedió, a cómo se lleva a cabo la separación, y a la calidad de la relación entre padres e hijos después de ésta, lo que se relaciona con un mayor o menor nivel de conflicto entre los padres, una vez llevada a cabo la separación.

Wallerstein y Kelly en su obra *Surviving the breakup*, realizan un estudio longitudinal a lo largo de diez años (1971-1981), con niños de tres a dieciocho años, en 60 familias y un total de 131 niños. Para cada periodo de desarrollo, describen las siguientes conductas, pensamientos y sentimientos:

*Regresión:* Las investigaciones demuestran que «cuanto más pequeños, más larga es la duración de la privación, y mayores son los riesgos». La ruptura paterna exige del niño una adaptación repentina y una redefinición completa de su mundo, que ocasiona una ralentización de su desarrollo y un periodo de regresión. Se ha observado que los pequeños de 3 a 5 años tratan de negar la separación, adoptando comportamientos de etapas anteriores: pipí en la cama, dificultad en el lenguaje, pesadillas frecuentes...

*Agresividad:* Seguidamente a la separación, los niños se vuelven más inestables o agresivos en casa o con sus amigos del colegio. Con cualquier edad, manifiestan la cólera tratando a veces de encontrar un culpable. Esta cólera puede ser interpretada como la exteriorización de un sentimiento de rechazo e impotencia. Los niños no eligen la separación: padecen la decisión de sus padres y en ese sentido se sienten al margen sin que hayan contado con ellos.

*Tristeza:* Al igual que la cólera, la gran tristeza que manifiestan se ajusta a ciertas pautas. Esta tristeza frecuentemente no se verbaliza: los niños y adolescentes la viven solos muy a menudo. Expresan una profunda decepción que perturba su propia imagen y la de su relación con los demás.

*Culpabilizar:* Al igual que sus padres, se encuentran inundados de preguntas e inquietudes de todo tipo. Se interrogan sobre su comportamiento y gestos anteriores, y se sienten responsables de las discusiones paternas, de su decisión de separarse. Sin llegar a comprender el «porqué» de la ruptura, concluyen que es por su culpa, sobre todo hasta la edad de 8-9 años.

*Miedo al abandono:* La custodia de los hijos se confía a la madre en la mayoría de los casos y tradicionalmente se concede al padre derechos de visita y de salida de un fin de semana sobre dos. En cualquier caso, lo más frecuente es que piensen haber perdido al padre, ya que no le ve tanto como antes. En consecuencia, tiene a menudo miedo a perder a su madre. Esta inquietud se refuerza ya que después del divorcio, la madre se ve obligada a volver a estudiar o a trabajar y estará menos tiempo presente.

*Tentativa de reconciliación:* Wallerstein y Kelly (1983) han demostrado en su estudio que incluso diez años después de la separación, los hijos desean reconciliar a sus padres. Inventan diversas estrategias para conseguir esta reconciliación, por lo inseguro y amenazante que les resulta la etapa de separación.

*Indiferencia:* En la adolescencia, resalta una actitud aparente de «me importa todo un pito». El adolescente quiere alejarse de su entorno familiar para intensificar las relaciones con sus amigos y adquirir una independencia cada vez mayor.

El divorcio de sus padres puede aumentar sentimientos de inquietud propios de esa edad, pero en general los adolescentes tienden a encerrarse en sí mismos y a manifestar una cierta distancia para defenderse del dolor que sienten ante la disolución de su familia.

En consecuencia y habiendo sido testigos de las dificultades de pareja que desembocan en una separación, pondrían en tela de juicio lo bueno del matrimonio y la vida en pareja.

En la siguiente tabla se recogen de forma resumida las principales reacciones de los hijos en función de la edad, así como algunas sugerencias sobre cómo reaccionar en cada caso.

Existe en España un interesante estudio sobre los efectos que tiene el proceso contencioso de separación sobre los vínculos paternos de las familias afectadas. Los autores del estudio (BOLAÑOS, J. I. y BALLÚS, C., 1991) intentan medir el nivel de vinculación padres-hijos a lo largo del proceso contencioso de separación.

Para ello utilizaron el Patern Bonding Instrument: un test creado en el año 1970 por G. Parker en orden a evaluar la atención de los padres a sus hijos o el control encubierto que implica la sobreprotección. El grupo estudiado era de 19 niños y sus padres a lo largo de su proceso contencioso de separación o divorcio. Todas las familias de la muestra estaban pendientes de una sentencia definitiva sobre la guarda y custodia de los niños y el régimen de visitas del progenitor con el cual no convivirían. Las conclusiones a las cuales los autores llegaron, durante el periodo de estudio, son las siguientes:

1. Los hijos tienden a ver al padre más protector y controlador y menos afectuoso o cálido.

2. Los padres se reconocen a sí mismos como controladores y poco afectuosos con sus hijos.
3. Algunas madres reconocen que tienen una cierta «ausencia» de vínculo con sus hijos.
4. Los hijos están sometidos a un conflicto de lealtades que implica que, en mayor o menor grado, rehúyen a alguno de los dos progenitores.
5. Este conflicto de lealtad seguramente es anterior a la fase del proceso de separación. Incluso habrá comenzado ya cuando las relaciones entre padre y madre se han deteriorado.
6. Durante la lucha por conseguir el apoyo incondicional de los hijos, los padres disminuyen su capacidad de atención, a menudo convirtiéndola en sobreprotección.
7. Durante el proceso de separación, las presiones paternas aumentan y exigen que las alianzas implícitas de los hijos (alguno de ellos) se conviertan en coaliciones explícitas contra la otra parte.

Al enfocar cómo tratar el impacto del divorcio en los hijos, frecuentemente se pone mayor énfasis en las repercusiones psicológicas, olvidando las consecuencias económicas. Es de vital importancia considerar inseparables el aspecto psicológico y el socioeconómico.

Las dificultades psicológicas se agravarán por la profunda inseguridad financiera que sufren las familias al dividirse el patrimonio. Los hijos son marcados por esa pobreza y tendrán muchas dificultades para adaptarse a la inestabilidad económica.

Las flagrantes diferencias entre niveles de vida de los ex cónyuges se vuelven materia de conflicto y frustración. Como estas diferencias se mantienen a lo largo de los años, el sentimiento de agresividad y rebelión se acentúa y deterioran las relaciones parentales.

Como testigos de esta disparidad, los hijos están en condiciones de comparar distintos niveles de vida. A menudo reprocharán a su madre (guarda) sus restricciones presupuestarias o buscarán en su padre (no-guarda) recompensas financieras que compensen esta disparidad. Esta búsqueda se refuerza en tanto que el padre quiere compensar su falta de presencia con excesivas recompensas materiales con los hijos.

Los menores tienen dificultades para adaptarse a la inestabilidad económica de los padres porque da lugar a múltiples cambios bruscos: cambio de casa, de barrio, de colegio, de amigos, de entorno.

La disminución de ingresos tiene grandes consecuencias sobre el comportamiento de los niños en general. Está demostrado que la discordia entre los padres y la pobreza que padecen los hijos, ocasionan problemas escolares y preocupantes comportamientos delictivos.

Tabla 1.

EDAD	REACCIONES	SUGERENCIAS
Preescolar (0- 6 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perturbaciones del sueño.</li> <li>-Tendencia a la regresión.</li> <li>-Aumento de la dependencia.</li> <li>-Sentimiento de responsabilidad respecto a la ruptura.</li> <li>-Agresividad respecto a uno de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asegurar al niño que no será abandonado, que sus padres continuarán ocupándose de él.</li> <li>-Reiterarle que no es responsable de la ruptura.</li> <li>-Hacerle conocer el sitio donde vivirá el otro padre y decirle cómo seguirá viéndole.</li> </ul>
Infancia (6-8 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tendencia a hacer más preguntas.</li> <li>-Frecuentes llantos o profunda tristeza.</li> <li>-Desinterés escolar.</li> <li>-Agresividad creciente.</li> <li>-Frecuentes conflictos con los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomarse tiempo para responder.</li> <li>-Multiplicar las muestras de afecto y amor.</li> <li>-Comprender al niño, permitirle expresar sus miedos.</li> <li>-Reafirmarle que sus padres seguirán queriéndole.</li> </ul>
Preadolescencia (9-12 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Camuflaje o rechazo a expresar sus sentimientos.</li> <li>-Intentos de reconciliar a sus padres.</li> <li>-Muestras de cólera hacia el progenitor que «inició» la ruptura.</li> <li>-Desconcierto ante la ruptura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animar al niño a expresar sus sentimientos.</li> <li>-Explicarle que sus padres no vivirán juntos, pero seguirán ocupándose de él.</li> <li>-Permitirle tener frecuentes contactos con el padre menos presente.</li> <li>-Ayudarle a mantener hábitos de vida regular.</li> </ul>
Adolescencia (13-18 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambio de objetivo para acceder a su autonomía.</li> <li>-Búsqueda de apoyo en los compañeros.</li> <li>-Tendencia a la depresión y a desvalorizarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discutir abiertamente la ruptura con el adolescente.</li> <li>-Tener en cuenta su opinión en los temas que le conciernen.</li> <li>-Ayudarle a determinar sus propias necesidades.</li> <li>-Escucharle y saber estar disponible para él.</li> </ul>

### III. FUENTES DE CONFLICTO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS SENTENCIAS EN EL DERECHO DE FAMILIA

Si se tiene en cuenta la problemática que, con frecuencia, acompaña a la separación y al divorcio, no puede sorprender que algunos padres sean incapaces de ponerse de acuerdo, de forma racional y madura, sobre las condiciones futuras de vida de sus hijos y, de forma especial, de alcanzar acuerdos que sean agradables para los progenitores y óptimos para los niños.

Las creencias y principios que actualmente se utilizan para la concesión de la custodia infantil en las situaciones contenciosas, no han tenido siempre el mismo valor. Su desarrollo histórico ha estado directamente relacionado con los cambios sociales y con los principios que han regido la distribución del poder dentro de la familia. Desde la consideración de los hijos como propiedad del padre (propiedad en el más amplio sentido de la palabra), consideración avalada y mantenida por el Derecho Romano, hasta la situación actual, han transcurrido muchos siglos.

A lo largo del tiempo, los legisladores y jueces han ido tomando conciencia de las necesidades de los niños como individuos, más que como una propiedad de los padres, por lo que se ha incrementado el valor de las necesidades del niño frente a los intereses paternos a la hora de decidir sobre las custodias disputadas. La moderna psicología ha contribuido de forma notable a cuestionar estos derechos con el aumento del interés, estudio y conocimiento de la infancia.

Seguidamente expondré los aspectos más significativos generadores de conflictos en el cumplimiento de las sentencias (COYA, y BENITO, F., 1992):

#### LOS «DESEOS» DE LOS NIÑOS

Hay muchos padres que, llevados por una idea equivocada de lo que debe ser la libertad de los niños, dejan en sus manos, unas veces de buena fe y otras no tanto, la decisión sobre cuál de los progenitores se ha de quedar con los mismos.

La opinión o deseo de un niño en las disputas sobre custodia tiene importancia, pero esa opinión o deseo sólo es una parte de la evaluación y, por sí sola, no debería determinar la decisión sobre la custodia. La práctica de dejar las decisiones sobre la custodia al niño, o de hacer ver que la decisión se basa en la preferencia del mismo, coloca a éste en una situación de conflicto de lealtades (Divorce, Child Custody and the Family)

El niño, en un intento de abordar los sentimientos de culpa, rabia y miedo de ser abandonado o rechazado, así como afrontar la tristeza de la pérdida de la familia como había sido hasta entonces, puede reaccionar de muy distintas formas. Puede sentirse enfadado con el progenitor al que ve como responsable del divorcio y puede rechazarlo, a pesar de que

hubiera una buena relación anterior. Forzar al niño a tomar una decisión engendra en él sentimientos de culpa. Las percepciones y deseos se deberían tener en cuenta, pero si el niño indica una preferencia —la decisión la tomen los padres o el juez—, se le debería presentar al niño basada en una serie de consideraciones, entre las que su preferencia manifestada, es solamente una de ellas.

El solo hecho de que un niño pueda elegir al padre custodio —opinión que se debe tener en cuenta en cualquier caso ya sean buenas o malas sus razones, o aunque de hecho no tenga ninguna razón— de forma que su elección sea absoluta y no sujeta a control o revisión de nadie, ni siquiera del Juzgado, le pondría en condiciones de tomar una decisión de la mayor gravedad para él, su familia y la sociedad, bajo unas circunstancias (por su inmadurez y el normal estrés emocional) en las que hay poca seguridad de que su juicio sea acertado.

Los menores se ven enfrentados a toda una serie de situaciones para cuya resolución no están preparados. Se les pide que elijan entre su padre y su madre, cuando lo que se debería hacer es animarles a querer al máximo a los dos. Se les dice que su padre o su madre, o ambos, son unas malas personas, etc. En definitiva se les crea una sensación de inseguridad tanto física como psicológica, fatal para su salud mental. Dicha sensación nace del mismo hecho de tener que elegir entre dos personas que han sido su primera y primordial fuente de seguridad, tanto material como psicológica.

Además del dilema de tener que elegir entre uno y otro padre nos encontramos con la habitual situación, generada por el carácter contencioso del procedimiento, de presiones, coacciones, seducciones, etc., de cada uno de los progenitores sobre los hijos para forzar o favorecer una alianza unilateral de éstos, ya que las manifestaciones favorables de los mismos, confieren a los padres mayor seguridad de triunfo frente al otro.

En realidad se les está pidiendo que odien o no quieran al otro padre, cuando lo que los niños necesitan es que ambos padres les den las mayores seguridades posibles de que no sólo los siguen queriendo, sino que se seguirán preocupando por ellos en todos los sentidos.

#### LAS VISITAS

Hay muchos estudios que demuestran que el padre custodio se niega o interfiere en cuanto a las visitas del padre no-custodio, por lo menos en el 50% de las visitas programadas. En la mayoría de los casos, además de factores o circunstancias personales de cada pareja separada, una de las razones fundamentales para que eso ocurra, según suele alegar el padre custodio, es la falta de cumplimiento por parte del padre no-custodio, de sus obligaciones económicas para con sus hijos. Claro que, en muchos casos,

ésa es la alegación, puesta por pasiva, de los padres no-custodios. No cumplen con su compromiso económico porque se les niega o dificulta el acceso a los hijos.

Es un círculo vicioso en el que, además, se está manipulando a los niños en el peor sentido de la palabra. Como sabemos, los padres pagan más y con más regularidad, cuando el contacto y compromiso con los hijos es más frecuente y positivo.

Otra situación frecuente de conflicto es la que se origina cuando los niños se niegan a relacionarse con el progenitor no-custodio. La experiencia demuestra que, como mínimo en el 90% de los casos, ello se debe a manipulaciones claras de los adultos con los que convive el niño.

#### LOS ALIMENTOS

La realidad de la experiencia diaria en un Juzgado de Familia, pone de manifiesto que en muchos casos el progenitor no custodio no paga, o paga de forma parcial y totalmente irregular. En el mejor de los casos, cuando el progenitor no custodio está dispuesto a acatar la decisión del Juez, empezará a contribuir al mantenimiento de los menores implicados al cabo de una serie de meses. Incluso puede pasar más de un año desde el inicio de los trámites de separación, o desde la separación de hecho, hasta que sea firme la decisión del Juez. En una palabra, durante esos meses, los niños deben alimentarse, vestirse, etc.

Tenemos que partir de la base de que en España no está legalmente previsto que ninguna institución se encargue de suplir la aportación económica que el progenitor no custodio, en los casos de separación y/o divorcio, debe entregar y no entrega, en concepto de lo que el Código Civil denomina «alimentos».

La consecuencia, no lógica pero sí real, es que los niños van enfrentándose a mayores riesgos de desadaptación, y que se ven abocados a una situación de desamparo.

Al estrés que la separación y el divorcio llevan consigo se une el estrés económico. «Cuando el descenso del nivel de vida de la familia sigue al divorcio y la discrepancia entre el nivel de vida del padre y el de la madre e hijos es manifiesta, ésta es el centro de la vida de la familia y permanece como una fuente emponzoñante de enojo y amarga preocupación. El mantenimiento de esta discrepancia a lo largo de los años generará una continua amargura entre los padres. Es probable que la madre y los hijos compartan su enojo contra el padre y que experimenten un penetrante sentimiento de privación, a veces de depresión, acompañado de un sentimiento de que la vida no es gratificante y es injusta» (WALLERSTEIN & KELLY, 1980).

Por triste que sea, la experiencia demuestra que la inmensa mayoría de los problemas que surgen con posterioridad a la separación y el divorcio, tienen su origen en desavenencias económicas.

#### IV. LA MEDIACIÓN FAMILIAR COMO ALTERNATIVA: PREVENCIÓN PARA ASUMIR EL DIVORCIO Y REORGANIZAR LA VIDA FAMILIAR

La experiencia acumulada a lo largo de estos años de vigencia de la ley en los procesos de separación y divorcio, demuestran que el esfuerzo legislativo por dotar a la sociedad de un instrumento jurídico que permitiera una ruptura civilizada y sin traumas, no ha tenido éxito en muchos casos. El fracaso de muchos mutuos acuerdos, la prolongación litigiosa de los contenciosos, no se puede imputar sólo a la imperfección de la ley, sino más bien a la entidad del conflicto que se juzga.

El contenido de los desacuerdos en el proceso de ruptura indica la existencia de dos aspectos inseparables, los emocionales y afectivos asociados al fin de la relación marital, y los parentales, legales y económicos unidos a la decisión de separación o divorcio. Esto permite pensar que la ruptura no es sólo un asunto legal, y que, por tanto, en su resolución debe tenerse en cuenta los dos aspectos.

Esta cuestión es la que desborda el quehacer judicial, no sólo en nuestro país, sino en todos aquellos en donde judicialmente se interviene con diferentes legislaciones. Se necesita, además de reformas legislativas, una fórmula que conceptualice la separación o el divorcio como una solución a los problemas de pareja, entendiéndolo como el resultado y no la causa de los conflictos, pasando a ser una alternativa más.

Esta fórmula debe incluir información y un contexto neutral donde la pareja pueda discutir sus discrepancias sin que elementos emocionales puedan impedir la comunicación, también, debe promover la participación de las partes para que sean éstas las que lleguen a conseguir acuerdos consensuados que tengan en cuenta al otro y el bienestar de los niños, responsabilizándose de sus decisiones y garantizando un comportamiento coparental.

Esta fórmula es la Mediación, la cual se entiende como una alternativa extrajudicial que da solución a los problemas relativos al contexto en el que tienen lugar los procedimientos de familia. La Mediación enseña a las parejas a separarse y al mismo tiempo a seguir manteniendo su responsabilidad como padres posibilitando el que los hijos mantengan una relación adecuada con ambos después de la separación.

##### 1. DEFINICIONES

La Mediación Familiar es una nueva forma de abordar el divorcio y la separación, incluso de padres que no han contraído matrimonio legal. Permite afrontar responsablemente una nueva situación familiar con la preocupación esencial de garantizar el futuro del niño en la pareja separada. Facilita la superación de los problemas familiares y la toma de decisiones, a través del concurso de profesionales especializados. Evita que una

tercera persona decida el futuro de los hijos en lugar de los padres. Posibilita que el niño conserve a su padre y a su madre y a las familias extensas respectivas.

Dado que a pesar de su larga historia es un campo relativamente nuevo, no hay una definición única y fácilmente comprensible. Por ello vamos a dar varias definiciones de diferentes autores que, actualmente, se consideran como los más representativos de esta tendencia.

Según Folberg y Taylor (1984), en el contexto de la separación y/o divorcio, la mediación se define como un proceso no terapéutico por medio del cual las partes, con la asistencia de una persona neutral, intentan aislar sistemáticamente los puntos de acuerdo y desacuerdo, exploran alternativas y consideran compromisos con el propósito de alcanzar un acuerdo consensuado sobre los distintos aspectos de su separación o divorcio. La mediación es un proceso de resolución y manejo del conflicto que devuelve a las partes la responsabilidad de tomar sus propias decisiones en relación con sus vidas.

Para Pearson y Thoennes (1984), la mediación es un proceso participatorio y consensual en el que un tercero —el mediador— anima a los que están en disputa a encontrar una base de acuerdo, ayudándoles a identificar los temas, reducir malos entendidos, desahogar las emociones, clarificar prioridades, encontrar puntos de acuerdo, explorar nuevas áreas de compromiso y, por último, negociar un acuerdo. La mediación pone el énfasis en la carencia de aspectos formales, en la comunicación abierta y directa, en el reforzamiento de los vínculos positivos y la evitación de los reproches y culpabilidades.

Se puede definir la mediación familiar, según Bernal (1992), como el proceso de resolución de conflictos que permite a las parejas que desean separarse, disponer de un lugar —al margen del Juzgado— para dialogar y llegar a soluciones satisfactorias respecto al futuro de sus hijos y el propio. Su propósito no es cambiar la decisión de separarse o divorciarse, sino dar a la pareja la oportunidad de hacerlo de forma menos conflictiva.

La definición asumida por la Asociación para la Promoción de la Mediación Familiar es la siguiente: «La mediación en materia de divorcio o separación tiene como objetivo permitir a los padres ejercer sus responsabilidades parentales en un clima de cooperación y respeto mutuo. Las parejas solicitan o aceptan la intervención confidencial de un tercero neutral y cualificado, el "Mediador Familiar". El papel del mediador consiste en posibilitar que ellas mismas encuentren las bases de un acuerdo duradero y aceptable de mutuo acuerdo, en el sentido de co-responsabilidad parental, teniendo en cuenta las necesidades de cada uno de los miembros de la familia y en particular las de los menores».

Como en toda actividad que inicia su andadura, la Mediación Familiar está expuesta a que su verdadera razón de ser se tergiverse, y se utilice

como panacea para muy diversas e incluso contradictorias aplicaciones, de ahí la necesidad de concretar aquellas funciones, objetivos, características y principios que le son propios para el fin que persigue (ABRIL PÉREZ DEL CAMPO, C., UNAF, 1994).

## 2. FUNCIONES

Según H. Touzard, la finalidad general hacia la que se dirige la mediación se contempla fundamentalmente desde dos aspectos:

A) *Una dimensión creadora/renovadora*; la mediación familiar tiene en este sentido una doble función, por un lado, su faceta renovadora en cuanto a restablecer la comunicación entre la pareja, que normalmente se encuentra deteriorada e imposibilita cualquier tipo de intercambio constructivo. Por otro lado, su faceta creadora en cuanto a establecer un compromiso de acción posterior, y así poder llevar a la práctica los pactos alcanzados en el ejercicio de su responsabilidad parental.

B) *Una dimensión preventiva/reparadora*; la mediación tiene una función preventiva porque se anticipa al conflicto en gestación, una función reparadora porque responde al conflicto ya existente.

## 3. OBJETIVOS FUNDAMENTALES

El objetivo esencial de la Mediación Familiar es ayudar a la pareja a elaborar por sí misma las bases de un acuerdo duradero y mutuamente aceptado, teniendo en cuenta las necesidades de cada uno de los miembros de la familia, y en especial las de los hijos, con voluntad de co-responsabilidad parental. Dichas bases se van a concretar en el enunciado o redacción de un proyecto de acuerdo parental o un inventario de los puntos en el que ambas partes manifiestan su acuerdo para lo cual es imprescindible:

### a) *Reducir los conflictos*

Éste es uno de los principales objetivos de la mediación: reducir los conflictos que conlleva la decisión de romper, con el propósito de beneficiar a todos los miembros de la unidad familiar. La decisión de separarse produce en las personas una serie de reacciones emocionales, como frustración, cólera, abatimiento, sentimiento de culpabilidad, etc., que son muy difíciles de superar y que pueden tener efectos muy negativos sobre los menores. Teniendo en cuenta que el riesgo de que se produzcan enfrentamientos es muy grande, el papel de la mediación es el de procurar disminuir el efecto negativo de dichos conflictos antes de que se cronifiquen, y den lugar a litigios interminables por la actitud combativa de los afectados. No se trata de negar los conflictos, sino más bien de utilizarlos de manera constructiva para poder reorganizar la estructura familiar. Se trata de que los miembros de la pareja asuman el papel de actores ante su

situación y puedan reconocer la verdadera naturaleza de su conflicto para así encontrar soluciones más idóneas para los problemas que se han planteado como objeto del litigio.

*b) Restablecer la comunicación*

La incomunicación en la pareja está en la base del conflicto, que no puede abordarse mientras ésta subsista. La mediación intentará neutralizar los obstáculos que impiden el diálogo productivo sobre las cuestiones en disputa, ya que la comunicación de la pareja no termina con la sentencia de divorcio o de separación, sino que ha de continuar en relación a todas aquellas cuestiones que afecten a los hijos comunes; en interés de los menores, debe preservarse la relación personal entre los progenitores. La mediación puede y debe ayudar a la pareja a elaborar nuevas formas de comunicación que les sean útiles en el futuro.

*c) Identificar y esclarecer los puntos específicos del litigio*

Es imprescindible identificar bien los puntos que han de ser objeto de debate en la mediación. Los motivos no declarados deben aflorar, porque de lo contrario, la mediación no podrá ser útil si se oculta la realidad. Es necesario que a través de la mediación la pareja distinga entre las cuestiones que afectan a su rol conyugal, de las que tienen que ver con su función parental. Con frecuencia, se confunde el interés que como padres tienen para con sus hijos, de aquel otro que tiene su origen en la confrontación conyugal fruto del resentimiento personal.

De igual manera, es objetivo de la Mediación Familiar contribuir a rebajar el ánimo de confrontación y enfrentamiento excesivos con que, normalmente acuden las parejas, así como cambiar la idea de ganador o perdedor por una actitud de participación y contribución, donde cada persona implicada en el conflicto gana y pierde algo en la resolución del mismo.

#### 4. CARACTERÍSTICAS

Entre otras, la característica esencial de la Mediación Familiar, es aquella que la determina como una intervención que tiene una naturaleza intrínsecamente relacional. Por lo tanto, se realiza entre dos personas que consienten libre y voluntariamente en su participación y de las que dependerá exclusivamente la solución final.

Por último, el proceso se lleva a cabo con el apoyo de un tercero que desempeña el papel del mediador y que está sujeto a unos principios.

#### 5. PRINCIPIOS DE LA MEDIACIÓN FAMILIAR

Los principios básicos que regulan esta intervención obligan al mediador a mantener una postura de imparcialidad, neutralidad y confidenciali-

dad. El mediador ha de ser imparcial ante la pareja, y esa imparcialidad significa no tomar partido por uno u otro, reequilibrar el tiempo y la atención que ambos necesitan e igualar el poder que cada uno mantiene ante su pareja. Es decir, mantener una posición intermedia entre ambas partes, dando el debido peso a cada punto de vista.

La neutralidad hace referencia al trabajo que el mediador tiene que hacer consigo mismo, ya que tiene su propio punto de vista, valores e intereses, pero delante de las partes no las expresará ni mostrará ningún signo que indique el estar más cercano a una de ellas. Es muy importante ser capaz de reconocer las resonancias personales que la situación concreta pueda provocarle, ya que esto le va a permitir distanciarse y actuar en la forma más idónea para que ello no repercuta sobre la pareja.

El principio de confidencialidad tiene su fundamento en el compromiso que el mediador adquiere, y que le obliga a guardar secreto sobre el contenido de las entrevistas y de los eventuales acuerdos que pudieran establecerse. Este compromiso de confidencialidad sólo puede romperse cuando ambos interesados lo autoricen.

## 6. VENTAJAS DE LA MEDIACIÓN

1. La familia en crisis se reestructura de forma que pueda avanzar, aprendiendo a comunicarse y a manejar los conflictos. Ofrece un lugar donde dialogar y esclarecer las posiciones de cada cual, manteniendo entre ellos una comunicación clara y directa.

2. La familia mantiene el control sobre las consecuencias de sus actuaciones, en lugar de ceder el poder sobre la toma de decisiones al abogado o al juez.

3. Ayuda a construir relaciones en lugar de destruirlas.

4. Menor coste desde el punto de vista de la salud mental: tanto los adultos como los niños asumen mejor el proceso. Reduce los sentimientos de ansiedad y de cólera

5. Menor costo económico.

6. Ayuda a evitar la discriminación que a menudo sufren las mujeres y sus hijos.

7. Anima a la colaboración y no a la competición entre los ex cónyuges, haciendo de ellos actores decisivos y principales del reglamento de la separación.

8. Puede constituir un modelo para muchas negociaciones que no tardará en adoptar la vida familiar futura. Conciencia a los padres de la importancia de implicarse juntos en el bienestar de los niños y mantener en el futuro la colaboración parental necesaria para una mejor adaptación de todos y cada uno.

## 7. CONTRAINDICACIONES DE LA MEDIACIÓN FAMILIAR

Se debe reconocer que la mediación familiar tiene limitaciones; esencialmente, porque trabaja partiendo de la libre voluntad de las partes, y allí donde ésta esté mediatizada por alguna circunstancia, la mediación estará contraindicada. En este sentido, la mediación familiar no parece la solución más aconsejable para aquellos casos en los que se den las siguientes circunstancias:

- Antecedentes familiares que indiquen una ineptitud de los padres para ponerse de acuerdo sobre la educación de los hijos.
- Familias con una historia de gran desorganización.
- Que alguno de los miembros de la pareja no ejerza control sobre su voluntad y, por lo tanto, sea incapaz de asumir compromisos adquiridos o, incluso, de adquirir compromiso alguno. Por esta razón no debe iniciarse una mediación si se tiene la certeza de que uno o ambos miembros de la pareja, padecen comportamientos disfuncionales como alcoholismo, toxicomanías, etc.
- Tampoco es aconsejable en casos de violencia familiar, incluyendo los malos tratos (emocional, físico, sexual, etc.), ya que inevitablemente las decisiones estarán condicionadas por el desequilibrio de poder que existe en la pareja, llegando a influir en los acuerdos el temor al otro, con el consiguiente riesgo para los miembros de la unidad familiar víctimas de la violencia y el incremento de la probabilidad de incumplimientos de los acuerdos.

Partiendo de estas premisas, es evidente que la mediación requiere de un trabajo preliminar que verifique su pertinencia o contraindicación. Es necesario asegurarse de la voluntad con que acude la pareja, la aceptación y la firmeza de su decisión sobre la ruptura y que ambos aprueban y respetan las reglas de la Mediación Familiar.

## V. EL LUGAR DEL NIÑO EN LA MEDIACIÓN

Varios autores como Wallerstein y Kelly (1980), Saposnek (1985) y Dolto (1988) coinciden en decir que, en periodo de conflicto y de divorcio, la capacidad de los padres disminuye temporalmente para atender los intereses de sus hijos.

En mediación, es necesario sensibilizar a los padres y confrontarles cuando son evidentes las situaciones de negligencia afectiva respecto a los hijos. La mayoría de las veces el menor es llevado a formar parte del triángulo en el conflicto parental, portavoz de mensajes y de ajuste de cuentas de sus padres (pensión no pagada, derecho de visitas no respetado). A menudo los padres no terminan de captar toda la importancia del conflicto en el que el niño se encuentra en un divorcio.

## 1. NECESIDAD DE LOS HIJOS

Françoise Dolto (1988) habla de la necesidad de mantener tres *continuums* en la vida del niño cuando sus padres se divorcian:

- El *continuum* del cuerpo, que se corresponde con su ser íntimo. El hogar forma parte de este *continuum* en el sentido de que el cuerpo del menor se identifica con la casa en la que vive. Su cuerpo se ha construido en un espacio con sus padres presentes. Si el espacio cambia, el niño ya no encuentra en él sus coordenadas espacio-temporales.
- El *continuum* afectivo, es decir, poder mantener lazos con sus padres y su madre. No es el niño quien se divorcia sino los padres. Tiene necesidad de sentir que tiene derecho a amar y a ser amado por ambos. Los padres pueden decirle que no lamentan su matrimonio por su nacimiento y sobre todo que siguen queriéndole por entero, incluso en la parte que ha heredado del otro cónyuge.

El menor tiene también necesidad de mantener la relación con sus dos líneas parentales, incluso cuando uno de ellos ha desaparecido. El menor necesita varios modelos de identificación femenina y masculina presentada por sus padres, sus abuelos, tíos y tías. El niño tiene su origen en ambas líneas y necesita sus raíces para seguir creciendo.

- El *continuum* de la vida social que se corresponde con su ser social, los amigos, la escuela, el barrio. Cuanto más haya invertido en su ser social, más deberá su padre o su madre estar atento al impacto que puede tener una gran petición de demanda de adaptación social, sobre todo en un período de crisis donde el joven necesita precisamente a sus amigos.

Otras necesidades pueden también mencionarse: la de informar a los niños sobre los proyectos de separación de sus padres, incluyendo a los más pequeños. También es necesario que dicho anuncio se haga en una atmósfera triangular, es decir, conjuntamente por el padre y la madre. Para deshacerse del sentimiento de culpabilidad, el niño necesita oír las razones de la separación de sus padres. No tiene necesidad de volver a oír los reproches mutuos. El que cada cual quiera recuperar su libertad, bien su libertad sexual, su libertad de acción o su libertad económica porque ya no hay amor o deseo de permanecer juntos.

## 2. PRESENCIA DEL NIÑO EN LA MEDIACIÓN

Como hemos visto, los niños tienen necesidades particulares que hay que tener en cuenta en el proceso de Mediación. La tarea del mediador es velar por los intereses de los hijos y debe ser capaz de definirlos y de intervenir luego para garantizar que los padres los conocen y los respetan. Pueden intervenir con los padres solos, o implicar al niño en un momento u otro del proceso de Mediación.

*a) Presencia simbólica*

En la práctica los mediadores tienden a trabajar sólo con la pareja. Es evidente que entonces el niño es el centro de las preocupaciones y de las negociaciones de la pareja en lo referente a la guarda, las visitas y la responsabilidad económica. El mediador apuesta entonces por la autonomía y las capacidades parentales para ayudar al niño.

*b) Presencia real*

Implicar al niño en la Mediación no significa dejarle llevar todo el peso de la decisión. Se trata más bien, como para todos, de la participación de la familia, de facilitar que se expresen sus necesidades, generar alternativas y llegar a una decisión común.

Evidentemente, las formas de dicha elección tienen en cuenta la intensidad del conflicto entre los padres y la edad de los hijos. Los niños en edad preescolar no son habitualmente partícipes en una Mediación. La mayoría de los mediadores implican a los hijos en el momento de entregar el proyecto de acuerdo.

*c) El encuentro con el niño solo*

Reunirse con el niño solo es importante en los casos muy problemáticos en que hay conflicto muy polarizado entre los padres. No obstante, esta elección es delicada ya que el peligro de «triangular» la situación es importante. El mediador debe saber exactamente por qué desea ver al niño y qué tratamiento dará a la información recibida. Esta aproximación al problema apunta más a ayudar al niño a desbloquearse emocionalmente hablando con sus padres con la ayuda del mediador.

*d) Reunirse con la familia*

La reunión familiar puede permitir corregir percepciones y favorecer la expresión de reflexiones. El encuentro puede igualmente permitir discutir o modificar si es necesario algunas decisiones parentales. También puede permitir a los padres que no lo hayan hecho, que expliquen el porqué de su separación, y tranquilizar a los niños sobre la solidez de su afecto por ellos. Además, los padres pueden también tranquilizar a los hijos sobre sus proyectos de futuro.

Esta reunión favorece las preguntas e inquietudes de los niños y confirma su derecho a expresar tristeza o cólera. Puede en algunos casos reducir el fantasma de la reconciliación que habitualmente habita en el niño durante varios años después de la separación.

Por fin, este encuentro da un retrato fiel de la familia. Exista o no un gran distanciamiento entre sus miembros, la reunión familiar inicia una respuesta a la pregunta primordial: «¿Cómo puede cada cual encontrar el grado de satisfacción posible en ese nuevo funcionamiento familiar?». Vale

más comprobar la distancia existente que elaborar por ejemplo unas pautas sobre visitas que no se tendrán en cuenta y que terminarían en fracaso.

La entrega del proyecto de acuerdo es una ocasión para subrayar en familia el nuevo comienzo y explicar a los niños los aspectos que les afectan. Además, en su caso, el niño debe saber que todos esos acuerdos pueden renegociarse más tarde según las necesidades de uno u otro miembro de la familia.

## CONCLUSIÓN

Conceder un lugar al niño en la Mediación no significa implicarle en las decisiones. En ningún caso el niño debe de llevar el peso de las decisiones sobre la guarda y el derecho de visita o de cualquier decisión que le afecte.

Se trata más bien de dar al niño un lugar para expresar sus necesidades, sus inquietudes, sus dudas, sus temores, sus recriminaciones, ayudarle a comunicar a sus padres lo que piensa y lo que siente. Se trata de dar al niño el apoyo que necesita para adaptarse a la nueva situación. Se trata también de poder indicar a los padres las señales de angustia de los niños para que puedan encontrar en la Mediación la ayuda que necesitan.

La Mediación supone una técnica pacífica de resolver problemas derivados de la ruptura de pareja, posibilitando el acceso a una tramitación legal amistosa, evitando inútiles enfrentamientos que ocasionan pérdidas emocionales y económicas para todo el núcleo familiar. Además de servir como medida preventiva de los trastornos psicológicos de los hijos asociados a una forma inadecuada de los padres de llevar a cabo su proceso de ruptura y ayuda a consolidar los acuerdos alcanzados por la pareja en la Mediación.

Pero sobre todo, la Mediación Familiar ofrece unas expectativas prometedoras porque sus beneficios se extienden más allá del propio y actual conflicto familiar, ya que al centrar a la pareja frente a sus responsabilidades, elimina el riesgo de que los menores se conviertan en el centro del conflicto de sus padres y de que éstos los utilicen en su lucha. Todo lo cual puede facilitar que el menor, en un futuro, pueda abordar con una mayor serenidad su propia vida conyugal y parental.

Por último, no querría finalizar sin recoger una reflexión de Vicente Pelechano (Valencia, 1981) y que como él mismo dice proviene del sentido común:

«en nuestra sociedad de cambio acelerado tan notorio, se puede ser ex-mujer o ex-marido, se puede dimitir con relativa facilidad de compromisos sociales y personales, pero no se puede ser ex-madre o ex-padre (a menos que se muera el hijo o se dé en adopción) con el mismo costo personal y social.»

## BIBLIOGRAFÍA

1. ABRIL C. Un recurso para la resolución de los conflictos familiares. Curso sobre intervención de los técnicos en procedimientos de Derecho de Familia: evaluación pericial frente a Mediación. Madrid: UNAF, 1994.
2. BERNAL T. La Mediación Familiar: Situación en España. *Rev Infancia y Sociedad*, 1992 (16).
3. BERNAL T. Primer programa público de Mediación Familiar: resultados 1993. *Anuario de Psicología Jurídica*, Madrid: COP, 1993.
4. BERNAL T. La Mediación: Una solución a los conflictos de ruptura de pareja. Madrid: colex, 1998.
5. COY A. La Mediación en los procesos de separación y/o divorcio. *Apuntes de Psicología*, 28 y 29, 1989.
6. COY A, BENITO F. Fuentes de conflicto en el cumplimiento de las sentencias en el Derecho de Familia. *Anuario de Psicología Jurídica*. Madrid: COP, 1992.
7. FOLBERG J, TAYLOR A. Mediación: Resolución de Conflictos sin litigio. México: Limusa, 1992.
8. HAYNES J. Fundamentos de la Mediación Familiar. Madrid: Gaia, 1993.
9. RIPOLL-MILLET A. Separació i divorci: La Mediació Familiar. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia, 1993.
10. Presentación del Servicio de Mediación Familiar. UNAF Memoria 1991, Madrid: UNAF, 1991.
11. WALLERSTEIN JS, KELLY JB. *Surviving the breackup: how children and parentes cope with divorce*. Nueva York: Basic Books, 1980.

## **ARTÍCULOS ORIGINALES**

## TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL DELINCUENTE SEXUAL

ANDRÉS MARTÍNEZ CORDERO\*, RAFAEL HINOJAL FONSECA\*\*,  
BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA\*\*\*, ELÍAS ÁLVAREZ ANIA\*

**Resumen.** Los delincuentes sexuales presentan una evolución muy favorable durante el cumplimiento de sus condenas en las prisiones. Esto se objetiva por su buen comportamiento, por las escasas faltas y sanciones que cometen, por su alto grado de participación en la vida de los centros y por su buena adaptación al medio carcelario.

No obstante, esta realidad no siempre se ve reflejada cuando obtienen la libertad, dado que con frecuencia reinciden en sus delitos. Por ello, las leyes se van adaptando y propician la posibilidad de instaurar programas específicamente diseñados para tratar a estos sujetos.

Realizamos además una exposición de diversos programas que ya han sido utilizados con esta finalidad en otros países.

**Palabras clave.** Delincuentes sexuales. Tratamiento rehabilitador. Prisión.

**Abstract.** The sexual offenders present a very favorable evolution during the execution of their condemnations in the prisons. This you objective for their good behavior, for the scarce lacks and sanctions that make, for their high participation degree in the life of the centers and for their good adaptation to the prison means.

Nevertheless, this reality is not always reflected when they obtain the freedom, since frequently they backslide in its crimes. For it, the law go adapting and they propitiate the possibility to establish programs specifically designed to try to these fellows.

We also carry out an exhibition of diverse programs that they have already been used with this purpose in other countries.

**Key-words.** Sexual offenders. Rehabilitative treatment.

---

\* Establecimiento Penitenciario de Villabona (Asturias).

\*\* Departamento de Medicina Legal y Forense. Universidad de Oviedo.

\*\*\* Departamento de Medicina Legal y Forense. Universidad de Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro derecho positivo, las penas privativas de libertad se entienden que cumplen una doble misión, punitiva y rehabilitadora. Este último objetivo se encuentra respaldado por el artículo 25.2 de nuestra Carta Magna (1):

«Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social...»

En la Ley Orgánica 1/79 General Penitenciaria (2), se recogen estos dos objetivos en su artículo 1.<sup>º</sup>:

«Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados.»

Los delincuentes sexuales representan un pequeño porcentaje respecto del total de reclusos existentes en cualquier prisión. En este sentido, García de Gálvez (3) encuentra en un estudio elaborado sobre una muestra de internos de la prisión provincial de Málaga, que tan sólo un 2,85% habían ingresado por delitos sexuales. De una muestra de 121 internos que ingresan en la prisión de Oviedo en el año 1989, procedentes de libertad, un 3,3% de sujetos habían cometido delitos contra la libertad sexual (4).

Se trata además de un delito en el que incurren con mayor frecuencia los varones (5). Según el informe de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, referido al año 1990, la media de varones penados por delitos contra la libertad sexual en ese año estaba en 642, lo que representaba el 4,05% del total de los delitos cometidos por sujetos varones. En cuanto a las mujeres, la media anual estaba en 5 internas penadas por estos delitos y la proporción del mismo con relación al total de delitos cometidos por mujeres se encontraba en el 0,56% (6).

Porcentajes similares se manejan en los establecimientos penitenciarios de la Generalitat de Catalunya. Según Soria y Hernández (7), en 1991 había 227 y 3 mujeres penados por delitos de índole sexual, lo que representaba un porcentaje del 4,15% y del 0,98% respectivamente con relación al total de delitos cometidos por sus sexos respectivos.

Al abordar la estancia de estos sujetos en las prisiones, será imprescindible, por un lado, observar cuál es el medio en el que discurre su vida

mientras cumplen condena y, por otro, valorar el tipo de intervenciones que se realizan o se deberían realizar para intentar la rehabilitación de estas personas tal y como preconizan nuestras leyes.

## EL DELINCUENTE SEXUAL EN PRISIÓN

Estas personas, por regla general, mantienen una buena conducta en el interior de los establecimientos penitenciarios, trabajando en un alto porcentaje y logrando una excelente adaptación penitenciaria (8). No suelen tener antecedentes delictivos, generalmente no proceden de ambientes marginales y con escasa frecuencia tienen comportamientos agresivos o cometen sanciones, si los comparamos con sujetos que han cometido otro tipo de delitos (9). Si bien a pesar de ello, Martínez Cordeiro *et alii* (10), señalan su mal pronóstico, ya que no asumen el delito en un 97,4% y trasladan la responsabilidad del hecho a la víctima.

Existe un claro rechazo hacia los delincuentes sexuales por parte de los demás reclusos (11, 12). Este desprecio, que es universal y se va a dar en todas las prisiones del mundo, resulta mayor en el caso de violadores de niños, que, como indica Caballero (13), pueden ser objeto de agresiones físicas o verbales. Estos delincuentes van a formar parte de los estratos más bajos en la cultura carcelaria (7). En un principio, los autores de delitos sexuales, sobre todo los no violentos, suelen vivir «aislados».

Debido a estas peculiaridades, las autoridades penitenciarias de los diversos países, se ven obligadas a proteger a estos reclusos. A este respecto, nuestra Ley Orgánica General Penitenciaria (2) señala en su artículo 3.4:

«La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.»

Esta protección puede ser bien aislando al sujeto para evitar que sea agredido, bien proporcionándole alguna ocupación dentro del recinto que le mantenga siempre cerca de los funcionarios de vigilancia. En este sentido se expresa el Reglamento Penitenciario (14), en su artículo 75.2:

«En su caso, a solicitud del interno o por propia iniciativa, el Director podrá acordar mediante resolución motivada, cuando fuere preciso para salvaguardar la vida o integridad física del recluso, la adopción de medidas que impliquen limitaciones regimentales, dando cuenta al Juez de Vigilancia.»

Es probable que en los primeros días del ingreso en prisión estos internos atenten contra su vida o presenten conductas autolesivas (15). Por ello, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias incluye los delitos sexuales entre los que presentan riesgo de suicidio y requieren de un especial control y seguimiento mientras se adaptan. Esto queda regulado

por dos Circulares de fecha 31 de octubre de 1988 y 12 de marzo de 1990, que se amparan en el art. 3.4 de la L.O.G.P. (2) anteriormente citado.

En la Instrucción de 1998 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, que desarrolla el Programa de Prevención de Suicidios, se sigue considerando que los sujetos que han cometido delitos sexuales, presentan un alto riesgo de suicidio. Nosotros no hemos encontrado riesgo de suicidio en un grupo de delincuentes sexuales intrafamiliares, y por el contrario sí hemos referido este riesgo entre los autores de otros delitos intrafamiliares (16).

## INTERVENCIÓN REHABILITADORA

### 1. INTERVENCIÓN GENERAL

Se lleva a cabo con todos los internos, sea cual sea su delito. Consiste en el hecho mismo de vivir en un medio cerrado que supone una «disciplina» de horarios de comidas, salidas al patio, deportes, escuela o trabajos. Son receptores de una gran cantidad de información en materia jurídica, sanitaria, cultural y se les trata por parte de todo el personal de la institución con respeto y sin paternalismo. Esto, que contrasta con el trato que ellos han dado a sus víctimas, podría en muchos casos hacerles recaptar (17).

### 2 . INTERVENCIÓN ESPECÍFICA

Este tipo de actuación dirigida específicamente a los delincuentes contra la libertad sexual, no se ha sistematizado en nuestro país. Según Gazan (18), tampoco existen estos programas de tratamiento específicos en los países francófonos de la Europa continental.

La rehabilitación en la actualidad no difiere en nuestro medio para ningún delito y se basa en el comportamiento tanto entre los propios internos, como con los profesionales, en la asistencia a la escuela, a los talleres, actividades deportivas o desempeño de trabajos (cocina, limpieza, ordenanza, etc.) (9).

El Equipo de Observación y Tratamiento que está integrado por juristas, psicólogos, educadores y asistentes sociales, estudia de forma individualizada a cada interno para su clasificación, valorando la posibilidad de disfrutar de permisos de salida o el acceso a un régimen abierto (19).

En este sentido, la Ley Orgánica General Penitenciaria (2) en su artículo 62 relativo a los principios en que deberá inspirarse el Tratamiento rehabilitador señala en su apartado c, que:

«Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales, con relación a la personalidad del interno.»

## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON DELINCUENTES SEXUALES

Los delincuentes sexuales reflejan en el interior de los establecimientos penitenciarios una muy buena evolución, durante el cumplimiento de sus condenas (9):

- Buena conducta con escasas faltas disciplinarias.
- Buena integración en el establecimiento con participación en todo tipo de actividades.
- Buenas relaciones con los funcionarios y generalmente también con el resto de internos.

Esto da lugar a redenciones de sus condenas y al logro de permisos penitenciarios u otras recompensas legales. Si bien, en muchos casos la consecución de la libertad no se sigue de esa buena trayectoria y algunos sujetos reinciden y vuelven a cometer delitos sexuales. Por ello, se plantea la necesidad de elaborar programas específicamente diseñados para el tratamiento y rehabilitación de estos delincuentes sexuales.

Soria y Hernández (7) distinguen diversos programas de intervención, unos para ser realizados en una institución cerrada como puedan ser establecimientos penitenciarios aprovechando el cumplimiento de condenas, y otros de forma ambulatoria dirigidos prioritariamente a jóvenes con primariedad delictiva y atentados contra la libertad sexual que no sean graves.

### 1. PROGRAMAS A REALIZAR EN UN MEDIO CERRADO

Por medio cerrado se puede entender un establecimiento penitenciario o cualquier otra institución creada al efecto.

#### *Programas generales*

Para Hollin (20) existen varias técnicas que se han utilizado con éxito sobre estos delincuentes en instituciones cerradas, que enumeramos a continuación y que pueden ser utilizadas por separado o combinadas entre sí:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Autocontrol y autoinstrucción.
- Autocontrol de la agresividad.
- Juego de roles.
- Aprendizaje de solución de problemas.

Estos programas de entrenamiento en habilidades sociales están basados según Danis *et alii* (21), en la incapacidad que presentan numerosos agresores sexuales para establecer o mantener relaciones satisfactorias con adultos; hecho éste más pronunciado en los pedófilos que en los violadores.

McMurrán (11) describe un caso de rehabilitación de un delincuente sexual sin posteriores recaídas. La intervención fue dirigida a entrenamiento en habilidades sociales, una educación sexual y prevención de la recaída.

Autores como McGurk y Nevell (22) han demostrado algún éxito con el entrenamiento en habilidades sexuales de estos delincuentes.

### *Programas específicos*

Quinsey *et alii* (23) explican cómo la experiencia en el tratamiento de los delincuentes sexuales en Canadá va encaminada a modificar las preferencias sexuales de los pedófilos apoyándose en el condicionamiento clásico y en técnicas cognitivas como habilidades sociales con el otro sexo, educación sexual y técnicas de autocontrol.

Las técnicas conductuales pretenden lograr una modificación de la conducta (24). Dentro de ellas, se enmarcan los métodos aversivos que están basados en un condicionamiento clásico, asociando el estímulo condicional (parafilia) con el estímulo aversivo. Se utilizan para ello diapositivas o proyecciones de las conductas parafilicas en cuestión y se pretende con estas técnicas conseguir un aumento del autocontrol del individuo.

En las prisiones británicas, Guy (25) nos describe otro programa específico para reclusos por delitos contra la libertad sexual. Se basa en el abordaje de las áreas de la personalidad que son problemáticas y han sido previamente detectadas. Se utilizan técnicas de afianzamiento en relaciones interpersonales, habilidades de comunicación, control de agresividad, de estrés y de abuso de sustancias.

En esa línea de actuación específica, en nuestro país, se encamina el nuevo Reglamento Penitenciario (14), aprobado por Real Decreto 190/96, al indicar en su artículo 116.4:

«La Administración Penitenciaria podrá realizar programas específicos de tratamiento para internos condenados por delitos contra la libertad sexual a tenor de su diagnóstico previo y todos aquellos otros que se considere oportuno establecer.»

Siguiendo este marco legislativo, se va a poner en marcha un programa de control de la agresión sexual, orientado a tratar a delincuentes sexuales que muestren una tendencia a repetir asaltos sexuales o que sean reincidentes. Los candidatos seleccionados tendrán que ser voluntarios, penados por delitos sexuales próximos al tercer grado o a la libertad condicional, tener un C.I. > 80, no tener ninguna enfermedad mental, ni padecer enfermedades físicas que requieran tratamientos médicos que puedan interferir en este programa.

Este programa tiene prevista una duración de dos años y una actuación en dos fases:

- En la primera, se realiza una evaluación de los internos seleccionados con test, cuestionarios, autoinformes, etc.
- La segunda fase es de intervención y se realiza en siete módulos, en los que se va a trabajar la prevención de recaídas, el reconocimiento del delito, la relación entre pensamiento y emoción, la empatía hacia la víctima, a distinguir entre pensamientos racionales e irracionales, educación sexual, un estilo de vida positivo y la modificación del impulso sexual.

## 2. PROGRAMAS A REALIZAR EN UN MEDIO ABIERTO

### *Conciliación víctima-delincuente*

Experiencia llevada a cabo en Alemania y que se aplica a los agresores sexuales menores (26). Se pretende actuar sobre los conceptos erróneos o «mitos» del agresor respecto al papel de la mujer en el sexo. Para ello se realizan reuniones con mujeres feministas que exponen su punto de vista, técnicas de rol-play, terapia de grupo y confrontación con la experiencia de las víctimas.

### *Seguimiento por los Servicios de Salud Mental y de Asistencia Social*

Iría encaminado a realizar un seguimiento de estos sujetos por medio de la asistencia a cursos y charlas (27). Los monitores van a informar sobre estas personas a los tribunales, pero como indica Cowburn (28), tales informes suelen inclinarse en exceso hacia el punto de vista del agresor y distan de ser objetivos.

## INTERVENCIÓN EN LAS PARAFILIAS

Se han intentado tratamientos biológicos, psicoanalíticos y comportamentales-cognitivos. Basándose en la disminución de la motivación sexual encontrada en aquellos varones con carcinoma de próstata tratados con estrógenos, se experimentó en delincuentes sexuales la administración de estas sustancias. Si bien, como indica Bancroft *et alii* (29), fueron descartados ante la aparición de efectos secundarios como náuseas o ginecomastia.

Field y Williams (30) consideran efectivo el tratamiento con hormonas femeninas en algunos delincuentes sexuales cuando no son susceptibles de otro tipo de tratamiento.

Delincuentes sexuales parafilicos de tipo impulsivo, han sido tratados para disminuir su libido con antiandrógenos. En Estados Unidos se ha usado según Lehne (31), el acetato de Medroxiprogesterona (MPA); mientras que en Europa y Canadá se ha utilizado el acetato de Ciproterona (CPA) (32). Los mecanismos de acción de estas sustancias han sido descritos por Bradford (33) y se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Mecanismos de acción de los tratamientos hormonales (BRADFORD, 1983).

<b>ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento del metabolismo de la Testosterona a nivel hepático.</li><li>• Inhibe la secreción hipofisaria de LH.</li><li>• Efecto anestésico del S.N.C. sin ocasionar somnolencia.</li></ul>
<b>ACETATO DE CIPROTERONA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bloquea los receptores androgénicos.</li><li>• Es un antiandrógeno específico.</li><li>• Actúa por inhibición competitiva de la 5 dihidrotestosterona en los órganos diana.</li><li>• Bloquea la síntesis de testosterona.</li></ul>

Se han observado beneficios en los tratamientos hormonales de diversos casos de parafilias, si bien algunos agresores sexuales como psicópatas o sujetos que abusan del alcohol y las drogas responden menos a estas medicaciones. Por otra parte, existen contraindicaciones absolutas como puede ser la existencia de reacción alérgica a esas sustancias, no debiendo tampoco administrarse a sujetos con patología endocrina, cardíaca o neoplásica.

Descartadas las contraindicaciones y si nos queremos asegurar de la administración del tratamiento hormonal, es necesario utilizar la vía intramuscular a razón de 200 mg 3 veces a la semana el primer mes y luego 300 mg semanales de Acetato de Medroxiprogesterona, consiguiendo una tasa de testosterona en sangre de 4 mmol/L. El Acetato de Ciproterona también puede usarse por esta vía en dosis de 300 a 600 mg semanales.

Ambas medicaciones podrían administrarse por vía oral aunque con menor garantía de asegurar las tomas. Gagne (34) propone una duración mínima del tratamiento de 6 meses y concluye que si bien existen efectos secundarios como pérdida de apetito y peso o cefaleas y somnolencia; estos son bien tolerados, por lo que estos productos pueden llegar a ser parte del arsenal terapéutico del tratamiento de los delincuentes sexuales.

Este mismo autor afirma que el tratamiento hormonal mejora la eficacia de otras intervenciones como puedan ser la educación sexual y las psicoterapias. Últimamente han aparecido nuevos antiandrógenos como la LHRH más específica y eficaz según Rousseau *et alii* (35) que abren nuevas esperanzas.

Farre (24) expone la posibilidad de que estos tratamientos se instauren como una especie de «vacunación obligatoria» para aquellos parafilicos muy reincidentes. En este sentido, ha sido aprobada en Francia una ley que

obliga a los delincuentes sexuales a seguir un tratamiento médico-social durante un periodo de 5 a 10 años después de haber cumplido su condena (36). Los profesionales sanitarios galos plantean objeciones al hecho de que un juez prescriba un tratamiento farmacológico e indique su duración. Hay que tener en cuenta que sustancias como los antiandrógenos no son inocuas y que incluso la obligatoriedad de un tratamiento psicológico va a impedir el establecimiento de una correcta relación terapeuta-paciente.

En nuestro país, el consentimiento del sujeto para recibir un tratamiento, se encuentra recogido como un derecho constitucional además de en la Ley General de Sanidad (37) que en su artículo 10.4 señala:

«... En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.»

También el Reglamento Penitenciario (14) indica la necesidad de que exista consentimiento cuando en su artículo 116.4 enuncia:

«El seguimiento de esos programas será siempre voluntario y no podrá suponer la marginación de los internos afectados en los Centros Penitenciarios.»

Se debe tener en cuenta que la castración química que producen los tratamientos hormonales, no altera las preferencias en la dirección sexual (23). Por lo que Calcedo *et alii* (38), aconsejan que el empleo de antiandrógenos se acompañe siempre de psicoterapia de apoyo. Se ha ensayado también la reducción de la agresividad con fármacos antipsicóticos o con cirugía esterotáxica de las estructuras límbicas, no siendo eficaz puesto que ocasiona una destrucción cerebral irreversible.

Por otro lado, soluciones drásticas como la castración quirúrgica, además de atentar contra derechos fundamentales del individuo, no alejan el riesgo de la reincidencia en los delitos sexuales (39), dado que el problema no es exclusivamente genital. La actitud terapéutica para Marco Ribe *et alii* (40), debe apoyarse en técnicas conductistas y psicoterapia individual psicoanalítica. Estos programas de intervención consideran que la conducta sexual es aprendida por el sujeto y que como cualquier otro aprendizaje puede tener carencias o ser deficitario.

## CONCLUSIONES

Después de la revisión efectuada sobre los distintos tratamientos que se han utilizado para evitar la reincidencia de los delincuentes sexuales, se desprende que ninguno de ellos es totalmente satisfactorio y resuelve el problema. Parece evidente que hay que actuar y deben seguir utilizándose estas terapias y buscando otras nuevas.

Sin duda, al no tratarse los delincuentes sexuales de un grupo homogéneo, será necesario realizar un estudio individualizado de cada agresor sexual y aplicar posteriormente aquella o aquellas técnicas que se estimen más indicadas. Además, será necesario adecuar las legislaciones de los distintos países para que los tratamientos farmacológicos, psicológicos o de otro tipo, puedan ofertarse con todas las garantías jurídicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española de 1978. «B.O.E.» núm. 311.1, de 29 de diciembre de 1978.
2. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. «B.O.E.» núm. 239, de 5 de octubre de 1979.
3. GARCÍA DE GÁLVEZ A. Asistencia médica penitenciaria. Prisión provincial de Málaga. *Rev Esp Med Legal*; 1985; 42-43: 95-98.
4. MARTÍNEZ CORDERO A, HINOJAL FONSECA R, BOBES GARCÍA J, MARTÍNEZ JARRETA B. Diferencias epidemiológicas en delincuentes con relación a sus antecedentes psiquiátricos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 1994; 22 (4): 153-157.
5. DUBOWITZ H, BLACK M, HARRINGTON D. The diagnosis of child sexual abuse. *American Journal of Diseases of Children*, 1992; 146:688-693.
6. Informe General 1990. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid: Edit. Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia. 1993.
7. SORIA MA, HERNÁNDEZ JA. El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareau Universitaria, Barcelona, 1994.
8. MARTÍNEZ TEJEDOR JA, VEGA GUTIÉRREZ M, MARTÍNEZ LEÓN M, FUERTES ROCAÑIN JC, MARTÍNEZ SÁNCHEZ O, MARTÍNEZ BAZA P. Estudio descriptivo de un grupo de delincuentes sexuales. Libro de Actas de las VII Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense, 1995; vol. I: 429-444.
9. MARTÍNEZ CORDERO A, MARTÍNEZ JARRETA B, HINOJAL FONSECA R, ÁLVAREZ ANIA E. Estudio de una muestra de delincuentes sexuales. *Rev Esp de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1997; 3: 21-26.
10. MARTÍNEZ CORDERO A, ÁLVAREZ ANIA E, HINOJAL FONSECA R. Actualización del fenómeno delictivo sexual. *Rev. Chilena de Ciencia Penitenciaria y de Derecho Penal*, 1995; 3ª época, 21: 65-74.
11. MCMURRAN MA. Cognitive-behavioural intervention with a sex offender. *Delincuencia*, 1990; 2: 311-330.
12. SALDIVIA GARCÉS R. El delincuente sexual. Estudio sociológico en reclusos por el delito de violación y abusos deshonestos. *Rev. Chilena de Ciencia Penitenciaria y de Derecho Penal*, 1992; 3ª época, 17: 65-87.
13. CABALLERO JA. El mundo de los presos. En: Burillo J, Clemente M. *Psicología Social y Sistema Penal*. Edit. Alianza Textos, Madrid, 1987.

14. Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
15. ARROYO COBO JM: Características de la autolesión en el medio penitenciario. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza, 1991.
16. MARTÍNEZ CORDERO A, HINOJAL FONSECA R, MARTÍNEZ JARRETA B, DÍAZ SUÁREZ J, ÁLVAREZ ANIA E. Delitos violentos en el entorno familiar». *Rev Esp de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1999; 7: 49-54.
17. MARTÍNEZ CORDERO A. Aspectos epidemiológicos de los delincuentes sexuales. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. 1997.
18. GAZAN F. Le traitement des délinquants sexuels: Etat de la question. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 1991; 2: 205-225.
19. CLEMENTE M, DÍAZ HUAMAN SV. La dimensión rehabilitación versus riesgo social: estudio de los permisos penitenciarios. En: Echeburúa E. Personalidades violentas. Edit Pirámide, Madrid, 1994.
20. HOLLIN CR. *Criminal Behaviour: A psychological approach to explanation and prevention*. London: Falmer Press, 1992.
21. DANIS H, AUBUT J, POIRIER N, ROBERT E. Les traitements behavioro-cognitifs: L'entraînement aux habilités sociales. En: Aubut J *et alii*. Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement. Les Editions de la Chenelière, Montréal, 1993.
22. MCGURK BJ, NEVELL TC. Social skills training: a case study with a sex offender. En: McGurk BJ, Thornton DM, Williams M (eds). *Applying Psychology to Imprisonment*. London, 1987.
23. QUINSEY V. Sexual violence. En: Buglass R, Bowden P. *Principles and practice of Forensic Psychiatry*. Churchill Livingstone, London, 1990.
24. FARRE JM. Las parafilias en psiquiatría forense. En: Delgado Bueno S *et alii*. *Psiquiatría Legal y Forense*. Edit Colex, Madrid, 1994.
25. GUY E. Experiències de tractament penitenciari a Anglaterra i Gales. Ponencia Jornadas sobre intervenció Penitenciària en la delinqüència no comuna, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Barcelona, 1993.
26. LAMOTT F, HEIDEMANN A. El tractament dels delinqüents sexuals: experiències en medi obert. Ponencia Jornadas El Dret Penal i la Victima. Barcelona, 1989.
27. EISENMAN R. Monitoring and postconfinement treatment of sex offenders: an urgen need. *Psychological Report*, 1991; 69: 1089-1090.
28. COWBURN M. Assumptions about sex offenders. *Probation Journal*, 1990; 27, 1: 4-9.
29. BANCROFT J, TENNENT G, LOUCAS K, CASS J. The control of deviant behaviour by drugs: behavioural changes with oestrogens and antiandrogens. *Brit J Psychiatry*, 1974; 125: 310-315.
30. FIELD LH, WILLIAMS M. The hormonal treatment of sexual offenders. En: Evan Moyer K. *Physiology of Aggression and Implications for Control: An Anthology of Readings*. Raven Press, New York, 1976.
31. LEHNE GH. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. En: Sitsen JMA (ed). *Handbook of Sexology*. Elsevier, Amsterdam, 1988.

32. BRADFORD JMW. Treatment of sexual offenders with cyproterone acetate. En: Sitsen JMA (ed). *Handbook of Sexology*. Elsevier, Amsterdam, 1988.
33. BRADFORD JMW. Research on sex offenders. En: Sadoff RL (ed). *The psychiatric clinics of North America*. WB Saunders, Philadelphia, 1983.
34. GAGNE P. Le traitement hormonal. En: Aubut J *et alii*. *Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement*. Les Editions de la Chenelière, Montreal, 1993.
35. ROUSSEAU L, COUTURE M, DUPONT A, LABRIE F, COUTURE N. Effect of combined androgen blockade with and LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1990; 35: 338-341.
36. FERRER E. Delincuencia sexual en Francia: problemas del tratamiento médico impuesto por la ley. *Jano*, 1997; 23-29 (LII): 1214.
37. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.», núm. 102, de 29 de abril de 1986.
38. CALCEDO A, MOLINA V, ARANGO C. Cuidados y tratamiento del paciente violento. En: Echeburúa E. *Personalidades violentas*. Madrid: Ed Piramide, 1994.
39. GARCÍA ANDRADE JA. *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces SA, 1993.
40. MARCO RIBE J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*. Barcelona: Salvat, 1990.

## IDENTIFICACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS HUMANOS Y DE CÉRVIDOS EN UN CASO DE CAZA FURTIVA

I. MARTÍN BURRIEL\*, P. NIEVAS MARCO\*\*, J. H. CALVO\*, M. BOLEA GARCÍA\*\*, B. MARTÍNEZ JARRETA\*\* y P. ZARAGOZA\*

**Resumen:** En la peritación forense de un caso de caza furtiva se solicitó la determinación de la procedencia humana o animal (posiblemente ciervo) de las manchas de sangre encontradas en las piezas de evidencia confiscadas a los presuntos cazadores. Las muestras forenses analizadas revelaron la presencia de marcadores de ciervos y de humanos. Los polimorfismos detectados en las muestras de ciervos nos permitieron identificar seis perfiles distintos de ADN que podrían corresponder al menos a seis animales diferentes. Algunas piezas de evidencia forense amplificaron para ADN humano.

En este artículo se demuestra la utilidad de los sistemas STR específicos de especie para la determinación de las muestras y su utilidad en los juicios por caza furtiva, especialmente cuando los animales salvajes son especies protegidas o están en peligro de extinción.

**Palabras clave:** STRs. Microsatélites. Identificación Genética. PCR. Genética Forense.

**Abstracts:** A forensic study in a case of furtive hunting in order to determine a possible deer or human origin of the blood stains observed in the evidences confiscated to alleged hunters. Positive amplification was obtained for the deer and human markers in the evidentiary samples. The polymorphisms detected in the deer samples allowed us to identify 6 deer DNA profiles which could correspond at least to six different animals. A human DNA profile was also obtained from some of the forensic samples analysed.

This paper shows the utility of specific STR systems in the species determination of evidentiary samples in forensic casework and its use in prosecuting furtive hunting, specially when wild animals are endangered and need to be protected.

**Key-words:** Short Tandem Repeats. DNA Fragment Analysis. PCR. Forensic identification. Forensic Genetics.

\* Laboratorio de Genética Animal. Facultad de Veterinaria, Universidad de Zaragoza.

\*\* Laboratorio de Genética Forense. Departamento de Medicina Legal. Universidad de Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

Los loci de tipo microsatélite o STRs (Short Tandem Repeat) son marcadores ADN muy útiles para la identificación individual y el mapeo genético (1-4). En los últimos años docenas de STRs de tipo tetranucleotídico han sido examinados por la comunidad científica forense y validados para su uso en la Identificación de la Individualidad (5-8).

Para su validación internacional estos sistemas han de reunir estrictas condiciones que aseguren la fiabilidad de su uso en la práctica forense (9). Previamente a la incorporación de un microsatélite a la rutina pericial se ha de determinar su especificidad en cuanto a la especie (10). Los STRs humanos tipados en este caso (HUMTH01, HUMTPOX, HUMCSF1PO, HUMF13A01, HUMFES/FPS, HUMVWFA31) son algunos de los más usados en la práctica y han sido probados en veintitrés especies animales —primates y no primates— aunque los cérvidos no se incluyeron en ese estudio (11).

Por otro lado se han descrito microsatélites bovinos (CSSM14, CSSM16, CSSM19, CSSM22 y ETH225), que se utilizan en los controles de filiación de forma rutinaria, y que no habían sido probados en ciervos (12). En este trabajo se muestra la aplicación del análisis de todos estos sistemas polimórficos en la resolución de un caso de caza furtiva en un parque nacional de la misma península ibérica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se recibieron las siguientes muestras para análisis: sangre fresca de ciervos (dos muestras de dos animales diferentes denominadas nº 1 y 2), catorce muestras de músculo de los ciervos cazados (nº 3 a la 16), así como diverso material impregnado de sangre (cuchillo de caza, machete, linterna, chaqueta de caza) que fue confiscado a los presuntos cazadores (fig. 1).

La extracción del ADN de las muestras de sangre fresca y de las manchas de sangre se realizó siguiendo el método del fenol-cloroformo (13) y la cuantificación del ADN obtenido se llevó a cabo por espectrofotometría. El protocolo de extracción para músculo de ciervo se basó en la digestión por proteinasa K (14), obteniéndose ADN a partir de un miligramo de músculo congelado. Para estandarizar las condiciones PCR para todas las mues-

tras, el ADN del músculo de los ciervos se diluyó hasta una concentración final de 0.1 ng/l.

El análisis realizado incluía cinco microsatélites de bovinos (CSSM14, CSSM16, CSSM19, CSSM22 y ETH225) que se han descrito como polimórficos en ciervos (12) (ver tabla 1) y seis sistemas STR ampliamente validados en humanos (HUMTH01, HUMTPOX, HUMCSFIPO, HUMF13A01, HUMFES/FPS, HUMVWFA31) (11, 15-22). En todas las pruebas se incluyeron como control dos muestras de ADN de ciervos y de humanos, comprobando así su amplificación positiva o negativa.

#### SISTEMAS STR DE BOVINOS

El tipado de los microsatélites se llevó a cabo por un procedimiento de PCR en dos pasos, con el termociclador 9600 de Perkin Elmer. Primera amplificación: en un volumen de reacción de 10 µl con 0.4 ng de ADN, 0.1 mM de cada primer, 0.1 mM de cada dNTP, 1x PCR buffer, 1.5 mM de MgCl<sub>2</sub> y 0.8 U de Taq Polimerasa. Las condiciones de amplificación aplicadas fueron: denaturación inicial de 5 minutos a 94° seguida de 30 ciclos de - 1 minuto a 94°C, 1 minuto a la correspondiente temperatura de anillado y un minuto a 72°C —con una elongación final de 10 minutos a 72°C (tabla 1). Cuatro microlitros de la primera amplificación PCR se usaron como muestra en una segunda amplificación. La concentración de los primeros en este paso se incrementó hasta 0.5 mM y se añadieron a la reacción 1 µCi α-<sup>32</sup>P- $\gamma$ -CTP (3000Ci/mmol). La separación de fragmentos se llevó a cabo en un gel de electroforesis con poliacrilamida al 7%, y el revelado posterior se realizó por autorradiografía. Los alelos observados para cada marcador se nombraron numéricamente de menor al mayor.

#### SISTEMAS STR EN HUMANOS

El análisis múltiple de los marcadores HUMTH01, HUMTPOX, HUMCSFIPO y la coamplificación de HUMF13A01, HUMFES/FPS y HUMVWFA31 se realizó por dos procedimientos:

1) De acuerdo con protocolos previamente descritos (23, 24), se utilizó el sistema Gene Print™ STR Múltiple (Promega Corporation, Madison, WI, USA) siguiendo las recomendaciones de la casa comercial (25). La amplificación se llevó a cabo en un termociclador ADN Perkin-Elmer 480 y las muestras se analizaron por electroforesis vertical en geles desnaturizantes de poliacrilamida al 4% (19: 1 acrilamida: bisacrilamida, 7M urea) durante 1-1,5 horas a 51°C y voltaje a 1000V (SE 600 gel electroforesis Unit, Hoefer Scientific Instruments, San Francisco, SA), con posterior interpretación de los fragmentos alélicos por tinción de plata (26).

2) Análisis individual de STRs en un secuenciador automático de ADN ALFexpress de Pharmacia Biotech (Uppsala, Suecia) utilizando el programa de análisis de fragmentos (27-29). La separación electroforética de las muestras obtenidas, junto a muestras control y marcadores de peso molecu-

lar, se llevó a cabo en geles de poliacrilamida al 6% (w/v acrylamide/bisacrylamide) bajo condiciones desnaturalizantes (Ready Mix Gel ALF grade, Pharmacia) a 1450V, 38mA, 45W, 50°C y potencia láser 3mW durante 240 minutos. Para las designaciones alélicas se siguieron las recomendaciones de la Comisión del ADN de la Sociedad Internacional de Genética Forense (ISFH) (30).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las muestras procedentes supuestamente de ciervos se amplificaron para todos los STRs de bovinos, descritos como polimórficos para *Cervus elaphus* en la literatura (12) (fig. 2). En los STRs analizados se demostró un polimorfismo que permitía identificar seis perfiles genéticos distintos que podían corresponder al menos a seis animales diferentes (tabla 2). Aunque algunos marcadores no amplificaron en muestras de sangre de ciervos (n.º 1 y 2) la determinación de dos nuevos perfiles genéticos fue posible por exclusión, al compararlos con los resultados de los marcadores amplificados.

Las manchas de sangre obtenidas de los indicios forenses también se amplificaron en los marcadores de cérvidos, demostrando así la presencia de ADN de ciervo en las muestras forenses. El perfil genético encontrado en el cuchillo de caza y el machete era compatible con una de las muestras de ciervo (D) y la encontrada en la linterna era compatible con otro perfil de ciervo distinto (F). Estas muestras mostraban más alelos que los definidos como perfiles de ciervos y que podrían corresponder a una mezcla de sangre perteneciente a varios de los animales analizados (tabla 3). Las piezas de evidencia mostraban un patrón humano que no estaba presente en las muestras de ciervo, lo que podría indicar que el ADN extraído de estas muestras pertenecía a uno o varios de los presuntos cazadores de los que no disponíamos muestra comparativa para análisis en este trabajo (fig. 3).

Los sistemas STRs de ciervos no amplificaron con ADN humano control y no se obtuvieron productos PCR en las muestras de ciervos analizados con los loci STR de humanos.

## CONCLUSIONES

1. Se usaron marcadores microsatélites de bovinos para amplificar ADN de ciervos, los resultados positivos están en consonancia con los datos de Kühn y cols (12). Además, los polimorfismos en los animales analizados permitieron la identificación de al menos seis cérvidos diferentes.

2. La amplificación de estos sistemas en las muestras forenses permitió determinar el ADN de ciervos en manchas de sangre de piezas de evidencia.

3. Los polimorfismos de estos STR bovinos mostraron distintos perfiles genéticos, probando además la compatibilidad entre las manchas de sangre y las muestras de ciervos.

4. El análisis específico de sistemas STR permitió el objetivo principal de este estudio, la identificación del origen de la sangre animal en las muestras forenses.

En definitiva, este estudio muestra las ventajas de usar sistemas STR específicos de especie amplificados por PCR en la rutina forense, así como su utilidad en los juicios por caza furtiva, especialmente cuando los animales salvajes son especies protegidas o están en peligro de extinción.

*Tabla 1.* Sistemas STR de bovinos: secuencias de los primeros y temperatura de anillado.

MARCADOR	SECUENCIA DE LOS PRIMEROS	T° ANILLADO
CSSM14	5' AAA TGA CCT CTC AAT GGA AGC TTG 3' 5' AAT TCT GGC ACT TAA TAG GAT TCA 3'	50°C
CSSM16	5' GAT GCA GTC TCC ACT TGA TTC AAA 3' 5' AGA GCC ACT TGT TAC ACC CCA AAG 3'	60°C
CSSM19	5' TTG TCA GCA ACT TCT TGT ATC TTT 3' 5' TGT TTT AAG CCA CCG AAT TAT TTG 3'	55°C
CSSM22	5' TCT CTC TAA TGG AGT TGG TTT TTG 3' 5' ATA TCC CAC TGA GGA TAA GAA TTC 3'	50°C
ETH225	5' GAT CAC CTT GCC ACT ATT TCC T 3' 5' ACA TGA CAG CCA GCT GCT ACT 3'	55°C

Tabla 2. Perfiles genéticos y muestras de ciervos para los distintos grupos.

PERFIL	CSSM14	CSSM16	CSSM19	CSSM22	ETH225	MUESTRAS
A	2/2	3/3	4/4	—	3/3	1
B	—	2/4	—	—	2/2	2
C	1/1	2/4	3/5	1/1	3/5	3, 6
D	2/2	2/3	2/5	1/2	2/4	4, 7, 11, 13, 15, 16
E	1/2	2/2	1/3	1/2	1/5	5, 8, 10
F	1/2	1/2	4/4	1/1	5/5	9, 12, 14
G*	1/2	2/3	3/3	1/	3/3	H.J.

\* Perfil genético observado en la chaqueta de caza.

Tabla 3. Muestras forenses y su compatibilidad con los perfiles genéticos.

MUESTRA FORENSE	PERFIL COMPATIBLE
cuchillo de caza	D+
cuchillo de montaña	D+
linterna	F+
chaqueta de caza	G

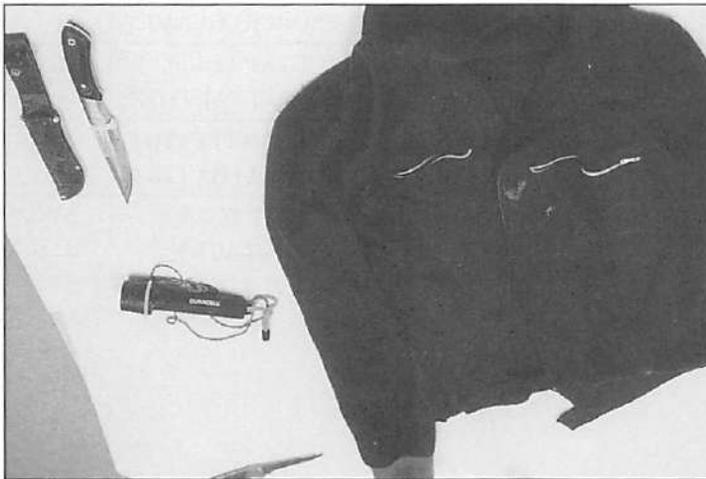
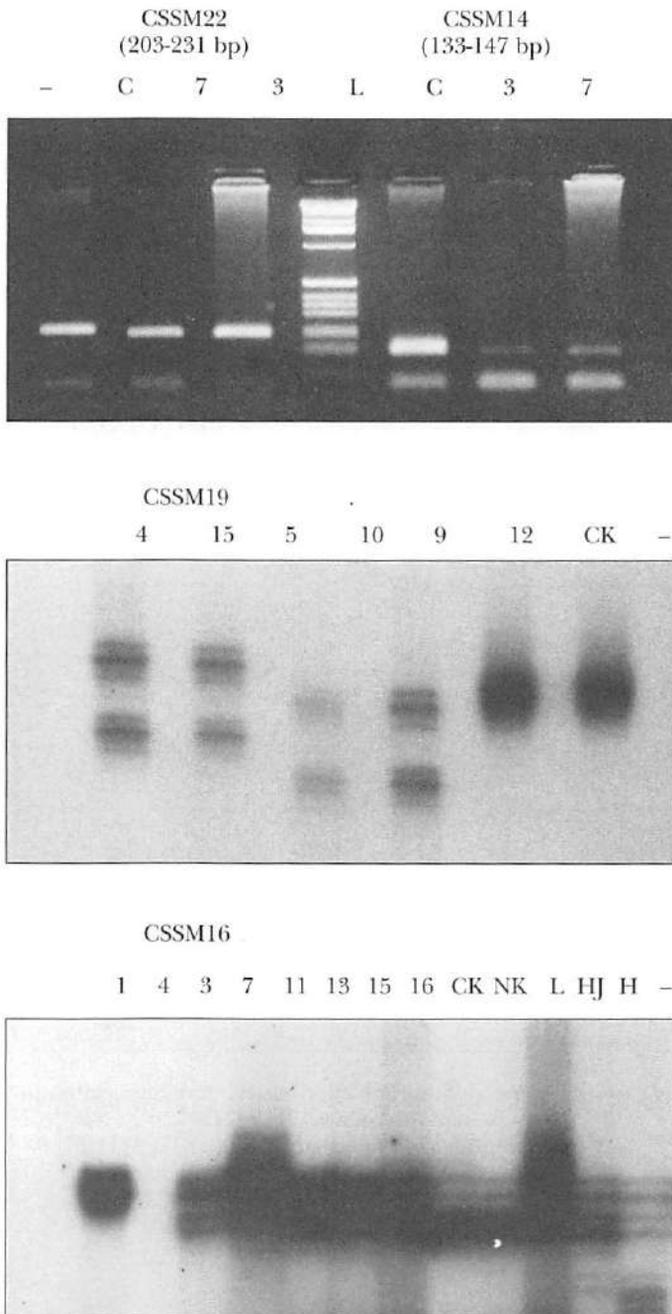


Figura 1. Piezas de evidencia: cuchillo de caza, machete, linterna y chaqueta de caza.

*Identificación de perfiles genéticos humanos y de cérvidos en un caso de caza furtiva*



*Figura 2. Sistemas polimórficos microsatélite bovinos en ciervos y muestras forenses.*

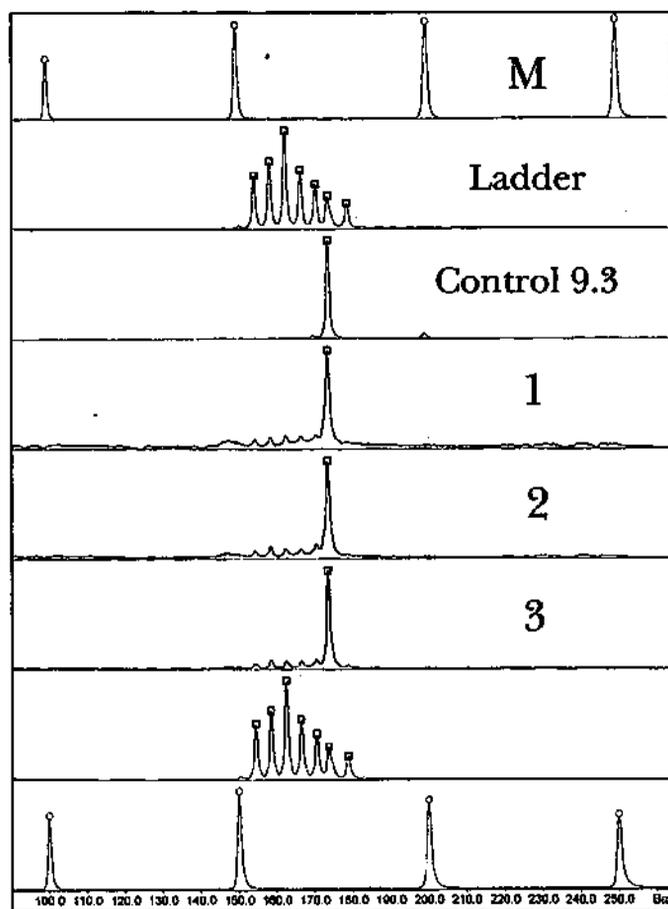


Figura 3. Sistema polimórfico microsatélite humano analizado en muestras forenses HUMTH01:

(M: marcador de peso molecular; L: ladder HUMTH01; L': control 9.3; 1: linterna; 2: chaqueta; 3: machete).

## BIBLIOGRAFÍA

1. EDWARDS A, CIVITELLO A, HAMMOND HA, CASKEY CT. DNA typing and genetic mapping with trimeric and tetrameric tandem repeats. *Am J Hum Genet* 1991; 49: 746-756.
2. FREGEAU CJ, FOURNEY RM. DNA typing with fluorescently tagged short tandem repeats: a sensitive and accurate approach to human identification. *Biotechniques* 1993; 15: 100-119.
3. KIMPTON CP, GILL P, WALTON A, URQUHART A, MILLICAN ES, ADAMS M. Automated DNA profiling employing multiplex amplification of short tandem repeat loci. *PCR Methods Appl* 1993; 3: 13-22.
4. BARENDESE W, VAIMAN D, KEMP SJ cols, ZARAGOZA P. A medium-density genetic linkage map of the bovine genome. *Mamm Genome* 1997; 8 (1): 21-28.
5. HAMMOND HA, JIN L, ZHONG Y, CASKEY CT, CHAKRABORTY R. Evaluation of 13 short tandem repeat loci for use in personal identification applications. *Am J Hum Genet* 1994; 55: 175-189.
6. KIMPTON CP, OLDROYD NJ, WALTON SK, FRAZZIER RRE, JOHNSON PE, MILLICAN ES, URQUHART A, SPARKES BL, GILL P. Validation of highly discriminating multiplex short tandem repeat amplification systems for individual identification. *Electrophoresis* 1996; 17: 1283-1293.
7. SPRECHER CJ, PUERS C, LINS AM, SCHUMM JW. General approach to analysis of polymorphic short tandem repeat loci. *BioTechniques* 1996; 20: 266-276.
8. MARTÍN BURRIEL I, GARCÍA MURO E, ZARAGOZA P. Genetic diversity analysis of six sapsnish autochthonous cattle breeds using microsatellites. *Animal Genetics* 1999; 30: 177-182.
9. MARTÍNEZ JARRETA B. Introducción al estudio de los polimorfismos del ADN en Medicina Forense. En Martínez Jarreta B (Ed) *La prueba del ADN en Medicina Forense*. Barcelona: Masson 1999: 52-72.
10. CHARLESWORTH B, SNEGOWSKI P, STEPHAN W. The Evolutionary Dynamics of Repetitive DNA in Eukaryotes. *Nature* 1994; 371: 215-220.
11. CROUSE CA, SCHUMM J. Investigation of species specificity using nine PCR-based human STR systems. *J Forensic Sci* 1995; 40 (6): 952-956.
12. KÜHN R, ANASTASSIADIS C, PIRCHNER F. Transfer of bovine microsatellites to the cervine (*Cervus elaphus*). *Animal Genetics* 1996; 27: 199-201.
13. VALVERDE E, CABRERO C, CAO R, RODRÍGUEZ CALVO MS, Díez A, BARROS F, ALEMANY J, CARRAGEDO A. Population Genetics of three VNTR polymorphisms in two different Spanish populations. *Int J Leg Med* 1993; 105: 251-256.
14. MANIATIS T, FRITSCH E, SAMBROOK J. *Molecular Cloning: A laboratory manual*, chapter 9, Cold Spring Harbor Laboratory, Cold Spring Harbor, NY, 1982, p. 269.
15. POLYMERPOULOS MH, XIAO H, RATH DS, MERRIL CR. Tetranucleotide repeat polymorphism at the human tyrosine hidroxylase gene (TH). *Nucl Acids Res* 1991; 19: 3753.

16. ANKER R, STEINBRUECK T, DONIS-KELLER H. Tetranucleotide repeat polymorphism at the human thyroid peroxidase (hTPO) locus. *Hum Mol Genet* 1992; 1: 137.
17. HAMMOND HA, ZHONG LJY, CASKEY CT, CHAKRABORTY R. Evaluation of 13 short tandem repeat loci for use in personal identification applications. *Am J Hum Genet* 1994; 55: 175-189.
18. POLYMEROPOULOS MH, RATH DS, XIAO H, MERRIL CR. Tetranucleotide repeat polymorphism at the Human Coagulation Factor XIII A Subunit Gene (F13A1). *Nucl Acids Res* 1991; 19: 4306.
19. POLYMEROPOULOS MH, RATH DS, XIAO H, MERRIL CR. Tetranucleotide repeat polymorphism at the c-fes/lps Proto-oncogene (FES). *Nucl Acid Res* 1991; 19: 4018.
20. KIMPTON CP, WALTON A, GILL P. A further tetranucleotide repeat polymorphism in the VWF gene. *Hum Mol Genet* 1992; 1: 287.
21. KIMPTON CP, GILL P, WALTON A, URQUHART A, MILLIGAN ES, ADAMS M. Automated DNA profiling employing multiplex amplification of short tandem repeat loci. *PCR Methods Appl* 1993; 3: 13-22.
22. SPARKES R, KIMPTON C, WATSON S, OLDROYD N, CLAYTON T, BARNETT L, ARNOLD J, THOMPSON C, HALE R, CHAPMAN J, URQUHART A, GILL P. The validation of a 7-locus multiplex STR test for use in forensic casework (I) Mixtures, ageing, degradation and species studies. *Int J Legal Med* 1996; 109: 186-194.
23. HOCHMEISTER MN, BUDOWLE B, SCHUMM JW, SPRECHER CJ, BORER UV, DIRHOEFER R. Swiss population data and forensic efficiency values on three tetrameric short tandem repeat loci—HUMTH01, TPOX and CSF1PO— derived using a STR multiplex system. *Int J Legal Med* 1995; 197: 246-249.
24. MARTÍNEZ JARRETA B, DIAZ ROCHE P, BUDOWLE B, ABECIA E, CASTELLANO M, CASALOD Y. Pyrenean population data on 3 tetrameric short tandem repeat loci —HUMTH01, TPOX and CSF1PO— derived using a STR Multiplex System. In: Olaisen B, Brinkmann B, Lincoln PJ (eds). *Progress in Forensic Genetics 7*. Dublin: Elsevier, 1998: 312-314.
25. Promega, Technical Manual #TMD004 Gene Print™ STR Systems (1994) Promega Corporation, Madison WI USA.
26. BASSAM BJ, CAETANO-ANOLLES G, GRESSHOFF PM. Fast and sensitive silver staining of DNA in polyacrylamide gels. *Anal Biochem* 1991; 196: 80-83.
27. NIEVAS MARCO P, MARTÍNEZ JARRETA B, ABECIA MARTÍNEZ E, PRADES SANCHÍS A, HINOJAL FONSECA R. Allele frequency distribution of the STR loci HUMTPOX, HUMTH01 and HUMVWA in Asturias (North Spain). *J Forensic Sci*, 1999; 44 (2): 389-391.
28. BELL B, NIEVAS P, CASALOD Y, DÍAZ ROCHE P, ABECIA E, MARTÍNEZ-JARRETA B. Recopilación de frecuencias de polimorfismos genéticos tipados en población aragonesa. *Ciencia Forense* 1999; 1: 131-140.
29. NIEVAS P, MARTÍNEZ-JARRETA B, ABECIA E, LAREU MV. Fluorescence-based amplification of the STR loci D18s535, D1s1656 and D12s391 in a population sample from Aragon (Northern Spain). *Int J Legal Med* (en prensa).
30. DNA recommendations—Further report of the DNA Commission of the ISFH regarding the use of short tandem repeat systems. *Int J Leg Med* 1997, 110:175-176.

## LA ESTIMACIÓN DE LA DATA DE LA MUERTE: ¿UNA NUEVA FORMULACIÓN?

J. I. MUÑOZ\*, J. M. SUÁREZ-PEÑARANDA\*, X. L. OTERO\*\*,  
M. S. RODRÍGUEZ-CALVO\*, E. COSTAS, X. MIGUENS\* y L. CONCHEIRO\*

**Resumen:** La relación entre el incremento de la [K+] en humor vítreo y el intervalo *postmortem* ha sido estudiada por diversos autores. Existen muchas fórmulas disponibles en la literatura médico-legal, pero ninguna es aceptable desde un punto de vista estadístico, dado que se basan en el cálculo de una regresión lineal usando el intervalo *postmortem* (PMI) como variable independiente y la [K+] como la dependiente. La estimación de los intervalos de confianza se basa en esta fórmula. En la práctica diaria es necesario usar la [K+] como la variable independiente para estimar el PMI. Hasta ahora esto se ha realizado siempre despejando el PMI de la fórmula obtenida previamente. Esto es incorrecto ya que debe realizarse un intercambio de las variables para llegar a una solución adecuada.

De nuestros archivos hemos tomado 94 casos con PMI conocido, en los que se analizó la [K+] en humor vítreo. Con el cálculo adecuado la fórmula obtenida es  $PMI = 2.80[K+] - 11.32$ .

**Palabras clave:** K+. Humor vítreo. Intervalo *postmortem*.

**Abstract:** The relation between the increase of potassium concentration in the vitreous humour, [K+] (mmol/L), and the post-mortem interval has been studied by several authors. Many formulae are available in the medico-legal literature but none of them is acceptable from a statistical point of view, as they are based on a correlation test and linear regression

---

\* Instituto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

\*\* Unidad de Estadística. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

using the PMI as the independent variable and [K+] as the dependent variable, the estimation of the confidence interval being based on this formulation. However, in forensic case-work, it is necessary to use [K+] as the independent variable to estimate the PMI.

Although all authors have obtained the PMI by direct use of these formulae, it is, nevertheless, an incorrect approach which leads to erroneous estimations. Moreover, the vast majority of papers lack the complete data, thus precluding a correct estimation.

What is required is to change the variables, obtaining a new equation in which [K+] is considered as the independent variable and the PMI as the dependent one. From our files, we have taken 94 cases of known PMI and the vitreous [K+] was determined. The regression line obtained is  $PMI = 2.80[K+] - 11.32$ .

**Key-words:** K+. Postmortem interval. Vitreous humour.

## INTRODUCCIÓN

La determinación de potasio en el humor vítreo es uno de los métodos habitualmente empleados para estimar el intervalo *postmortem* [1-4].

Diversos autores han mostrado que existe una correlación expresable matemáticamente entre el incremento de la concentración de potasio en el humor vítreo ( $[K^+]$ ) y el intervalo *postmortem* (PMI) [1,3-8]. Sin embargo, cuando se revisan a fondo dichas publicaciones se puede observar que la fórmula propuesta es deducida directamente a partir de la recta de regresión obtenida con los datos experimentales, en lugar de intercambiar el carácter de las variables. Este error ha pasado desapercibido durante más de treinta años y produce serios inconvenientes en la estimación del intervalo *postmortem*.

Presentamos los resultados obtenidos en una serie de 94 muestras obtenidas a partir de cadáveres autopsiados en el Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela. Asimismo, proponemos una nueva fórmula utilizando el cálculo correcto para su valoración.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han obtenido 94 muestras a partir de otros tantos cadáveres de la casuística del Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela. Para ello se realizó una punción escleral en el canto externo del ojo con una aguja de 20 G y una jeringuilla de 10 cc para su aspiración. Una vez descartadas las muestras que no fuesen incoloras, se sometieron a un proceso de centrifugación a 3000 rpm durante 10 minutos. Para el análisis se utilizó el sobrenadante, a fin de evitar posibles obstrucciones en los instrumentos analíticos. Las determinaciones se realizaron con equipos BM/Hitachi 747 (Boehringer Mannheim), mediante la técnica de potenciometría indirecta.

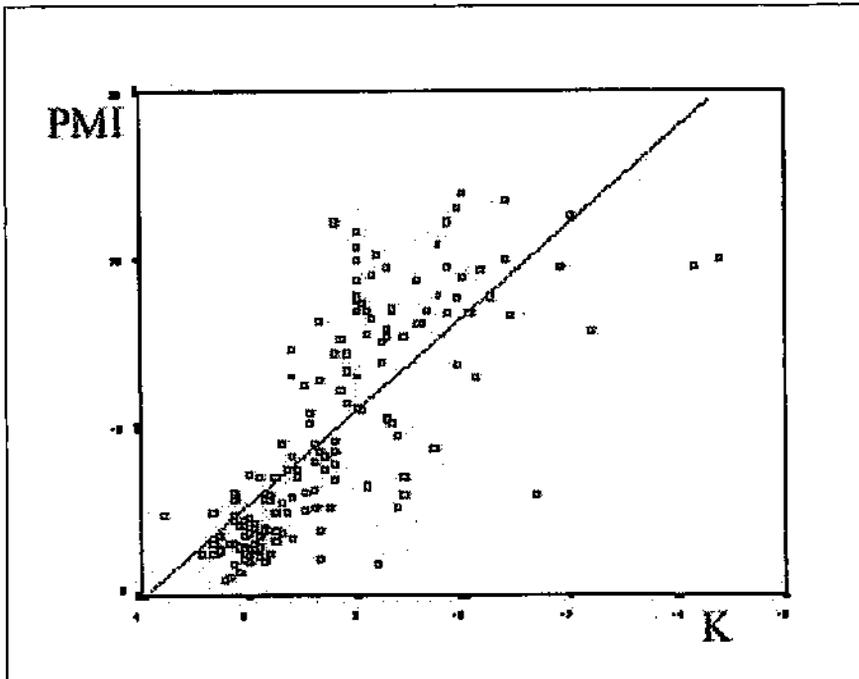
El intervalo *postmortem*, sexagesimal, fue expresado en sistema decimal, a fin de facilitar los cálculos. El abordaje estadístico fue llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS 9.01 para Windows aplicando una regresión lineal.

## RESULTADOS

La correlación entre el intervalo *postmortem* y la [K+] viene definida por la ecuación:

$$[K+] = 5.543 + 0.208 \text{ PMI}$$

Figura 1. Correlación entre el PMI (en horas) y la [K+] (en mmol/L).

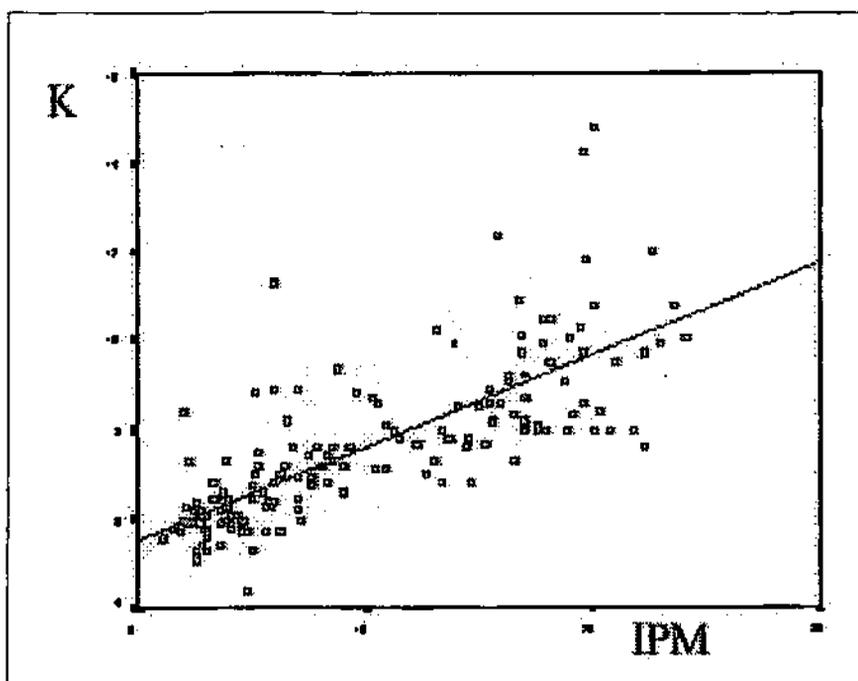


[K+] en mmol/L. PMI en horas.

Sin embargo, esta ecuación no resulta útil en la práctica ya que parte del supuesto de considerar la [K+] como variable dependiente y al PMI como variable independiente. Así, no es posible obtener el PMI a partir de la fórmula anterior, sino que es necesario invertir el carácter de dependencia o independencia de ambas variables, con lo que se llega a una nueva ecuación:

$$\text{PMI} = 2.80[K+] - 11.32$$

Figura 2. Correlación entre la [K+] (en mmol/L) y el PMI (en horas).



## DISCUSIÓN

Durante más de treinta años se ha utilizado la fórmula para el cálculo del intervalo *postmortem* (PMI) despejando directamente dicha variable de la ecuación de la recta de regresión obtenida de los datos experimentales [3, 4].

Si despejásemos el PMI de la fórmula de regresión obtenida de nuestros propios datos, llegaríamos a que  $PMI = 4.81 [K+] - 26.38$ .

Sin embargo, al considerar la [K+] como variable independiente se obtiene la fórmula  $PMI = 2.80[K+] - 11.32$ , la cual es, a nuestro juicio, la correcta. Con un ejemplo es fácil comprender el error que se comete usando las ecuaciones utilizadas hasta la actualidad. En un caso con un [K+] de 15 mmol/L. obtendríamos una estimación del PMI de 45.77 horas usando las fórmulas tradicionales, cuando el resultado correcto es de 30.68 horas al utilizar la fórmula propuesta.

Creemos, en consecuencia, que deben reelaborarse las fórmulas actualmente disponibles usando el criterio de considerar la [K+] como variable independiente contrariamente a lo establecido hasta el momento.

## AGRADECIMIENTOS

Trabajo financiado con los proyectos XUGA20807B98 y PGIDT99PXI20808B.

Agradecemos la colaboración de los médicos forenses adscritos al Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela.

## BIBLIOGRAFÍA

1. COE JI. Vitreous potassium as a measure of the postmortem interval: an historical review and critical evaluation. *For Sci Int.* 1989; 42: 201-213.
2. COE JI. Chemical considerations. In: SPITZ W. U. (ed) *Medicolegal investigation of death. Guidelines for the application of pathology to crime investigation.* 3ª Ed., Springfield, Illinois: Charles C.Thomas Publisher, 1993: 50-64.
3. MADEA B, HENSSGE C, HÖNIG W, GERBRACHT A. References for determining the time of death by potassium vitreous humour. *Forensic Sci Int.* 1989; 40: 231-243.
4. STURNER W. The vitreous humour: postmortem potassium changes. *Lancet.* 1963; 1: 807-808.
5. ADELSON L, SUNSHINE I, RUSHFORTH NB, MANKOFF M. Vitreous potassium concentration as an indicator of the postmortem interval. *J Forensic Sci* 1963; 8: 503-514.
6. ADJUNTATIS G, COUTSELINIS A. Estimation of the time of death by potassium levels in the vitreous humour. *Forensic Sci Int.* 1972; 1: 55-60.
7. COE JI. Postmortem chemistries on human vitreous humor. *Am J Clin Pathol.* 1969; 51(6): 741-750.
8. STEPHENS RJ, RICHARDS RG. Vitreous humour chemistry: the use of potassium concentration for the prediction of the postmortem interval. *J Forensic Sci.* 1987; 32: 503-509.

## ANEURISMA DISECANTE AÓRTICO DE DIRECCIÓN RETRÓGRADA CON AFECTACIÓN CORONARIA

JOSÉ BLANCO PAMPÍN y ANA RIERA TÁBOAS\*

**Resumen:** Se describe un caso de muerte súbita que, bajo la apariencia de un cuadro convencional de isquemia miocárdica diagnosticada clínicamente en un servicio hospitalario de Urgencias, en la autopsia se comprobó que existía un aneurisma disecante de dirección retrógrada que afectaba al tronco braquiocefálico y a la coronaria izquierda. Por su parte, la coronaria derecha estaba también afectada por la compresión externa que ejercía el hematoma intramural formado como consecuencia de la disección. A lo largo del artículo, se describen los hallazgos anatomopatológicos y se discute el papel que juegan tanto la disección arterial como la compresión, en la producción de un cuadro isquémico. Se señala, además, la necesidad de la realización sistemática de autopsias medicolegales completas, aun en aquellos casos en los que la clínica sugiere la existencia de una patología determinada, lo que contribuiría, sin lugar a dudas, a obtener unas estadísticas de mortalidad mucho más fiables.

**Palabras clave:** Aneurisma disecante de aorta. Autopsia medicolegal. Disección coronaria. Isquemia miocárdica. Muerte súbita. Patología forense.

**Abstract:** An unusual case of sudden death is described. In appearance it's presented as conventional ischemic cardiac disease. In the medicolegal autopsy a dissecting aortic aneurism of retrograde direction was discovered which affecting the brachiocephalic trunk and the left coronary artery. Furthermore, the right coronary artery was also affected by the external compression from the intramural haematoma. In this report, the macros-

---

\* Clínica Médico-Forense. Edificio de los Juzgados. Santiago de Compostela.

copie findings, the arterial dissection's effect and the compression in the ischemic event, are shown and discusses. In addition, the sistematical realization of the complete medicolegal autopsies, must be emphasize even in those cases where the clinical diagnosis suggests the existence of a particular pathology, which without any doubt will help to obtain for more reliable mortality statistics.

**Key-words:** Coronary dissection. Dissecting aortic aneurysm. Forensic pathology. Medicolegal autopsy. Myocardial ischemia. Sudden death.

## INTRODUCCIÓN

La muerte súbita es un problema habitual en Patología forense, que en ocasiones plantea dificultades diagnósticas. En la mayor parte de las ocasiones su causa es cardiovascular, teniendo especial incidencia la cardiopatía isquémica por enfermedad aterosclerótica coronaria y sus diferentes complicaciones (1). A pesar de que ésta es la causa más frecuente, también deben ser consideradas otras como es el caso de la disección de las arterias coronarias.

La disección coronaria puede ser idiopática u obedecer a procesos como el síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos, alteraciones genéticas en la región del cromosoma 3p24-25, vasculitis, fistulas coronarias, cirugía cardíaca, coronariografía, angioplastia, embarazo, puerperio, etc., si bien habitualmente se debe a una disección aórtica que se extiende a uno o mas troncos coronarios. Más excepcionalmente la disección coronaria obedece a un traumatismo torácico con afectación cardíaca (2) o a una intoxicación aguda por cocaína (3).

Cuando la disección se ha establecido, el cuadro clínico que ocasiona es muy similar al de una isquemia convencional y resulta especialmente difícil su diagnóstico, al que sólo puede llegarse a través del estudio necrópsico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 65 años, obesa, que presenta malestar general, evolucionando a dolor retroesternal en principio estable y posteriormente «in crescendo». El dolor, de 9 horas de evolución, era muy intenso y de características anginosas, irradiado al hombro y el oído izquierdos, acompañado de vómitos alimenticios y asimetría de los pulsos carotídeos.

Ingresa en el Servicio de Urgencias en estado de shock, inconsciente, con sudoración profusa, palidez, frialdad y mala perfusión periférica. El ECG mostraba una corriente de lesión isquémica subendocárdica en la cara basal del ventrículo izquierdo con elevación del segmento ST. Los datos más relevantes de la analítica incluían hipercolesterolemia (320 mg/100 ml), hiperglucemia (289 mgrs/100 ml), hipertensión arterial (210/95 mm de Hg) además una CK-MB de 78 U/l. La enferma falleció a

las 2 horas de su ingreso tras entrar en fibrilación ventricular y parada cardíaca. Si bien la impresión diagnóstica inicial era la de un infarto agudo de miocardio, no obstante los médicos que la atendieron decidieron no certificar su fallecimiento, por lo que hubo de realizarse una autopsia médicolegal.

Entre los datos recogidos destacaban una aterosclerosis generalizada con ateromas ulcerados, hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (corazón de 383 gr y dominancia izquierda) y un desgarro transversal de 4 cm en la íntima aórtica, próximo a la raíz del tronco braquiocefálico. A partir de aquí se iniciaba una disección de dirección retrógrada que afectaba al origen de este tronco (fig. 1), así como al tronco coronario común izquierdo, la circunfleja izquierda (fig. 2) y la descendente anterior. El hematoma que ocupaba el espacio abierto por la disección en la raíz de la aorta (fig. 3) comprimía externamente la coronaria derecha.

El examen histológico de la pared aórtica no mostró alteraciones degenerativas de ningún tipo. El resto de los datos de la autopsia, incluidos el correspondiente examen histopatológico del resto de las vísceras y el estudio toxicológico eran irrelevantes.

## DISCUSIÓN

La disección aórtica se define como una separación longitudinal y circunferencial de la capa media aórtica de extensión variable. Como consecuencia de la división de la capa media se producen dos luces o canales aórticos, uno verdadero y otro falso, que suelen tener trayectos paralelos y en la misma dirección (progresión anterógrada). Este acontecimiento es el más frecuente, sin embargo en ocasiones, como en el caso que describimos, la dirección del falso canal no era anterógrada sino retrógrada, dirigiéndose desde el desgarro de la íntima situado en la porción ascendente de la aorta, hasta su raíz afectando además el trayecto de otros vasos que nacen directamente de esta arteria, es decir, constituía un ejemplo típico de disección tipo III cr asc (4). Su presentación clínica fue aguda (5). En cuanto al papel de la hipertensión en los casos de disección aórtica, continúa siendo muy debatido, mientras que para algunos es poco importante, para otros las cifras tensionales altas y sostenidas inducen cambios estructurales en la capa media de la pared arterial con efectos adversos sobre los *vasa vasorum*, ocasionando una mala nutrición de esta capa, lo que facilita su debilitamiento y consiguientemente la rotura (6).

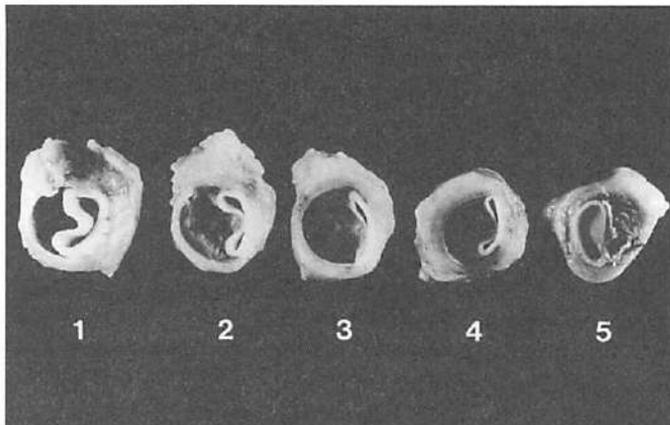
La progresión de la disección hasta afectar las arterias coronarias es un hecho descrito en la literatura médicolegal, pero a pesar de ello es infrecuente y a veces difícilmente imaginable antes de la realización de la autopsia, especialmente cuando los datos clínicos sugieren la existencia de una isquemia miocárdica convencional y atribuible a la aterosclerosis del

paciente. En nuestra opinión, y a pesar de existir datos que sugerían una posible disección arterial (dolor irradiado a un oído y asimetría de pulsos carotídeos), el cuadro clínico de dolor retroesternal desvió la atención del personal de Urgencias hacia un infarto de miocardio típico.

Aunque cualquiera de las ramas de árbol coronario puede verse implicada por la disección aórtica en porcentajes superiores al 20%, la coronaria derecha suele ser la más comúnmente afectada (5). En nuestro caso, también se vieron afectadas por la disección las ramas coronarias izquierdas. Por otra parte, el papel del hematoma alrededor de la arteria coronaria derecha es más difícil de interpretar, pero no se puede descartar su participación en la producción de isquemia por compresión externa.

Resulta indudable la alta tasa de mortalidad de la disección coronaria, llegando a alcanzar en algunas series estudiadas hasta el 63% (7). A la vista de los hallazgos necrópsicos y de los datos clínicos, pudo establecerse como causa inmediata de la muerte un episodio isquémico agudo que originó una arritmia ventricular fatal.

Conviene, finalmente, enfatizar en la necesidad de la realización sistemática de autopsias médico-legales aún en los casos en los que aparentemente se presume una causa de muerte, dado que las discrepancias entre la hipótesis inicialmente manejada y el resultado de una autopsia puede ser altamente variable y aún radicalmente distinto, alcanzándose tasa de error de hasta el 34% (8).



*Figura 1.* Preparación anatómica. Disección localizada en el tronco braquiocefálico; 1: puerta de entrada; 2, 3, 4: trombosis completa de la luz falsa; 5: segmento distal.

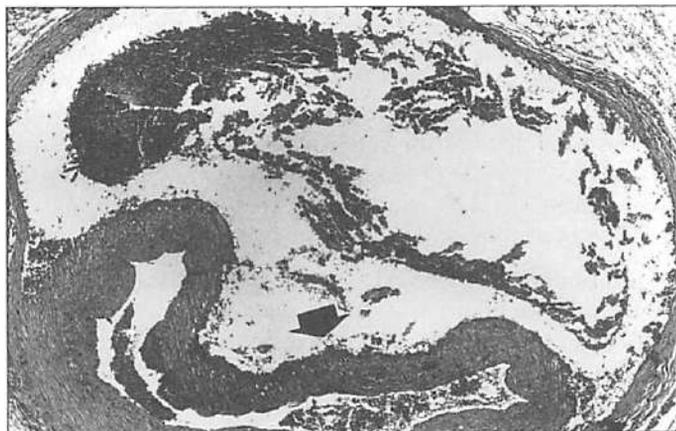


Figura 2. Imagen microscópica de la disección coronaria con ambas luces y el colgajo intimomedial (flecha) (Hematoxilina-eosina, aumento de objetivo 4x).

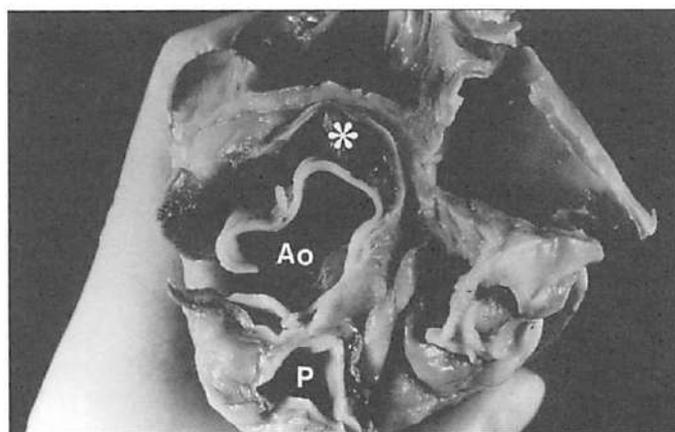


Figura 3. Hematoma trombosado en la falsa luz arterial, rodeando la raíz de la aorta (\*).

## AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestra gratitud a Susana Pérez Peña, por el procesamiento y montaje de las muestras histológicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MYERBURG RJ, CASTELLANOS A. Cardiac arrest and sudden cardiac death. En: BRAUNWALD E, ed. *Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine*. Filadelfia: WB Saunders, 1989: 742-777.
2. LECOMTE D, FORNES P, PIEDELIEVRE C, NICOLAS G. Une morte traumatique pas-sée inaperçue. *J de Méd Lég*, 1996; 39: 425-427.
3. COHLE SD, LIE JT. Dissection of the aorta and coronary arteries associated with acute cocaine intoxication. *Arch Pathol Lab Med*, 1992; 116: 1239-1241.
4. ERBEL R, OELERT H, MEYER J, cols. Effect of medical and surgical therapy on aortic dissection evaluated by transesophageal echocardiography. Implications for prognosis and therapy. *Circulation*, 1993; 87: 1604-1615.
5. HIRST AE JR, JOHNS VJ JR, KIME SW JR. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine*, 1958; 37: 217-279.
6. SPITELL JA. Hypertension and arterial aneurysm. *J Am Coll Cardiol*, 1983; 1: 533-540.
7. SMITH JC. Dissecting aneurysm of coronary arteries. *Arch Pathol*, 1975; 99: 117-125.
8. VANATTA PR, PETTY CH. Limitations of the forensic external examination in determining the cause and manner of death. *Hum Pathol*, 1984; 18: 170-174.

## ESTUDIO *POST-MORTEM* DE LA SEROTONINA COMO MARCADOR INESPECÍFICO DEL SUFRIMIENTO CEREBRAL EN DOS MODELOS DE ASFIXIAS VIOLENTAS. AHORCADURA Y SUMERSIÓN

E. PÉREZ-PUJOL\*\*, E. OSUNA\*, M. D., PÉREZ-CÁRCELES\*,  
T. ROS OLIVARES\*\* y A. LUNA\*

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es presentar las implicaciones prácticas del análisis de los niveles de serotonina (5-HT) en sangre (venas yugulares y femorales) en dos patrones diferentes de asfixias violentas (ahorcadura y sumersión). Nuestros resultados muestran el diferente comportamiento de la serotonina en relación íntima con la patofisiología de los dos procesos y la eficacia del análisis de los niveles de serotonina con el fin de estimar el sufrimiento cerebral durante el proceso agónico en aquellos casos con un intenso proceso autolítico cerebral.

**Palabras clave:** Asfixias mecánicas. Ahorcadura. Sumersión. Serotonina. Tanatoquímica.

**Abstract:** The aim of this paper is show the practical implications of blood (from jugular and femoral veins) and vitreous humor serotonin (5-HT) levels in two different patterns of violent asphyias (hanging and drowning). Our results showed the different serotonin behaviour in closed relationships with the pathophysiology of both process, and the efficacy of serotonin blood levels in order to estimate the brain suffering during the agonal process, in those cases with intense autolytic brain.

**Key-words:** Violent asphyias. Hanging. Drowning. Serotonin blood levels. Thanatochemistry.

---

\* Cátedra de Medicina legal y Forense de la Universidad de Murcia.

\*\* Instituto Anatómico Forense de Cartagena.

## INTRODUCCIÓN

En anteriores trabajos hemos comprobado que el análisis de parámetros bioquímicos en el LCR del cadáver proporciona información de gran utilidad para evaluar el grado de afectación cerebral en situaciones de sufrimiento isquémico y/o anóxico (OSUNA y cols. 1992; VÁZQUEZ y cols. 1995) así como la correlación existente entre las concentraciones de los algunos marcadores bioquímicos evaluados (CK-BB y Enolasa Neuroespecífica) y la intensidad del sufrimiento isquémico y/o hipóxico del Sistema Nervioso Central reflejada en diferentes hallazgos microscópicos (ROS OLIVARES, 1998).

En este estudio pretendemos evaluar la correlación existente, entre un posible indicador inespecífico de sufrimiento cerebral, la serotonina, medida en dos fluidos distintos, humor vítreo y sangre de localización diferente (Sangre venosa central y sangre periférica), con los datos macroscópicos y microscópicos en dos modelos de asfixias: la sumersión y la ahorcadura.

La serotonina o 5-hidroxitriptamina es un importante neurotransmisor, pero también desempeña otras funciones fisiológicas, ya que se encuentra, además del Sistema Nervioso Central en otros órganos, especialmente en los mastocitos y las plaquetas, ya que provoca la contracción del músculo liso de las arteriolas y los bronquiolos. Además, la serotonina es producida por las células APUD (sistema de captación de decarboxilación de precursores de aminas) de origen neuroectodérmico y que se encuentran en los islotes de Langerhans, intestino delgado, glándula pineal y tiroides (PESCE y KAPLAN, 1990) y puede actuar también como transmisor en el tracto gastrointestinal induciendo la liberación de hormonas peptídicas. Las plaquetas contienen casi toda la serotonina presente en la sangre. La serotonina es un potente vasoconstrictor y algunas células del sistema nervioso central utilizan la serotonina como un neurotransmisor específico. La serotonina se ha relacionado con la regulación de la función neuroendocrina, con la temperatura corporal y con la presión sanguínea. Variaciones en sus concentraciones, parecen estar implicadas en la hipertensión, en la regulación del sueño, en la enfermedad depresiva y en ciertos tipos de trastornos del comportamiento.

A partir de datos previos existentes en la literatura científica, la hipótesis inicial de nuestro trabajo, podría resumirse en los siguientes puntos.

En primer lugar, pensamos que el suero procedente del Sistema Nervioso Central expresará con mayor fiabilidad las alteraciones procedentes del sufrimiento cerebral. En segundo lugar, la expresión bioquímica de los efectos de la ahorcadura y de la sumersión tendrá un modelo diferenciado de expresión en el humor vítreo y va a estar íntimamente relacionado con la fisiopatología del edema cerebral. Finalmente, la sumersión y la ahorcadura expresan dos modelos diferenciados de sufrimiento sistémico con un perfil estructural distinto que refleja la fisiopatología propia de cada proceso.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos estudiado un total de 41 cadáveres (35 varones y 6 mujeres), de una edad media de 50, 31 años (D.S.+ 21,06; años) autopsiados en el Instituto Anatómico Forense de Cartagena. El intervalo *postmortem* medio es 8,19 horas (DS+ 5,55), con un rango entre 2 y 18 horas

En este trabajo nos hemos planteado una selección muy rigurosa en cuanto al intervalo *postmortem*, para eludir en la medida de lo posible la influencia de la data de la muerte en el material analizado, lo que nos permite conocer las posibles interferencias de un escaso intervalo *postmortem* sobre los hallazgos anatomopatológicos y bioquímicos.

*Tabla I. Distribución porcentual de los casos según el Intervalo postmortem.*

	N	%
Inferior a 3 horas .....	3	8,8
De 3 a 6 horas.....	12	35,2
De 6 a 12 horas .....	14	41,2
De 12 a 18 horas .....	5	14,7

Los casos fueron agrupados en dos categorías diagnósticas según la causa de la muerte: 27 casos de ahorcadura y 14 casos de sumersión (en la tabla II) se recoge la distribución de la muestra según la causa de la muerte.

Tabla II.

AHORCADURA				
VARIABLE	N	MEDIA	D. S.	RANGO
Edad (años)	27	51	21,636	14-28
Data (horas)	27	8,85	5,881	1-24
SUMERSIÓN				
VARIABLE	N	MEDIA	D. S.	RANGO
Edad (años)	14	49	20,636	23-75
Data (horas)	14	6,92	4,82	2-20

A cada uno de los cadáveres durante la autopsia, se le extrajo sangre periférica procedente de la vena femoral, del Sistema Nervioso Central (vena yugular) y humor vítreo. Las muestras fueron almacenadas en diferentes alícuotas para su conservación y posterior análisis bioquímico de la serotonina en los diferentes fluidos.

Hemos evaluado los signos morfológicos indicativos de asfixia como son los siguientes: edema agudo de pulmón, enfisema subpleural, edema cerebral, congestión hepática y congestión renal.

El estudio anatomopatológico se realizó en el Instituto Anatómico Forense de Cartagena. Se extrajeron muestras de córtex cerebral, núcleos de la base y córtex de cerebelo, y muestras de tejido pulmonar, hepático y renal a las que se aplicó la tinción del hematoxilina-eosina. La intensidad de dichos hallazgos se clasificó en las siguientes categorías: 0= Ausente; 1= Leve; 2= Moderado; 3= Intenso.

La obtención de la sangre femoral se realizó una vez eviscerado el cadáver, a nivel de la confluencia de las venas ilíacas, tras efectuar un corte perpendicular y realizar maniobras de presión a nivel del pliegue inguinal. Aunque para algunos autores esta maniobra puede provocar interferencias en el análisis toxicológico de las muestras séricas, en el estudio que nos ocupa no ocasiona ningún artefacto destacable.

La obtención de la sangre procedente de la vena yugular se realizó por punción externa de la misma.

El humor vítreo de cada uno de los globos oculares, almacenados en diferentes alícuotas, se extrajo mediante punción con jeringa estéril, en el ángulo externo dirigiendo la punta hacia el centro del globo ocular.

Una vez obtenidos los diferentes fluidos, se procedió al centrifugado en la misma sala de autopsias, a 3.000 rpm durante 10 minutos y congelados a  $-40^{\circ}$  C. Las muestras para el análisis bioquímico fueron transportadas en nieve carbónica hasta la Unidad Docente de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Murcia donde fueron analizadas, inmediatamente después de su descongelación.

En las diferentes muestras obtenidas se determinaron las concentraciones de serotonina.

El método de determinación de la serotonina fue por inmunoanálisis que se basa en la competición entre la serotonina modificada en la muestra y el conjugado serotonina-acetilcolinesterasa. La actividad enzimática ligada se mide tras añadir un sustrato cromógeno (acetilcolina, ditionitrobenzoico). La intensidad de coloración se mediante la absorbancia de la reacción a 405-414 nm y está en función de las concentraciones de serotonina presentes en la muestra. Se utilizó el kit para la determinación mediante inmunoensayo enzimático de la serotonina, proporcionado por «Immunotech International» (Ref. 0642).

Se analizaron muestras de suero femoral, suero procedente de la vena yugular y humor vítreo, descongeladas a temperatura ambiente. Las muestras de suero fueron diluidas con agua destilada en la proporción 1/20. Las muestras fueron descongeladas a temperatura ambiente. Todas las muestras se determinaron por duplicado. En aquellos caso en los que la absorbancia media era inferior a 200 nM de serotonina las muestras fueron diluidas y se procedió a su nueva determinación.

#### TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el tratamiento estadístico de los datos hemos utilizado el paquete estadístico SPSS.

Hemos aplicado los programas: análisis de la distribución simple de frecuencias), análisis de correlación, test de Kruskal-Wallis y test de Mann Whitney-Willcoxon.

#### RESULTADOS

Se expresan en las tablas III y IV y en las figuras nº 1 y 2.

Tabla III. Concentraciones de serotonina expresadas en ng/ml en los diferentes fluidos en los casos de asfixia por Ahorcadura.

VARIABLE	N	MEDIA ng/ml	D. S.	RANGO
Serotonina Humor Vítreo	27	73.15	123.71	5.9-480.5
Serotonina Sistema Nervioso Central	27	775.46	1142.11	14.2-4894
Serotonina Sistema Periférico	27	341.27	259.32	59.9-954

Tabla IV. Concentraciones de serotonina expresadas en ng/ml en los diferentes fluidos en los casos de asfixia por sumersión.

VARIABLE	N	MEDIA ng/ml	D. S.	RANGO
Serotonina Humor Vítreo	14	9.28	10.38	0.45-28.88
Serotonina Sistema Nervioso Central	14	109.85	72.23	12-223
Serotonina Sistema Periférico	14	88.37	61.26	2-220

Test de Kruskal-Wallis para la comparación de las concentraciones medias de serotonina en los grupos de causa de muerte.

VARIABLE	G.L.	H	PROBABILIDAD
Serotonina Humor Vítreo	1	6.96	0.008
Serotonina Sistema Nervioso Central	1	13.47	0.000
Serotonina Sistema Periférico	1	12.00	0.001

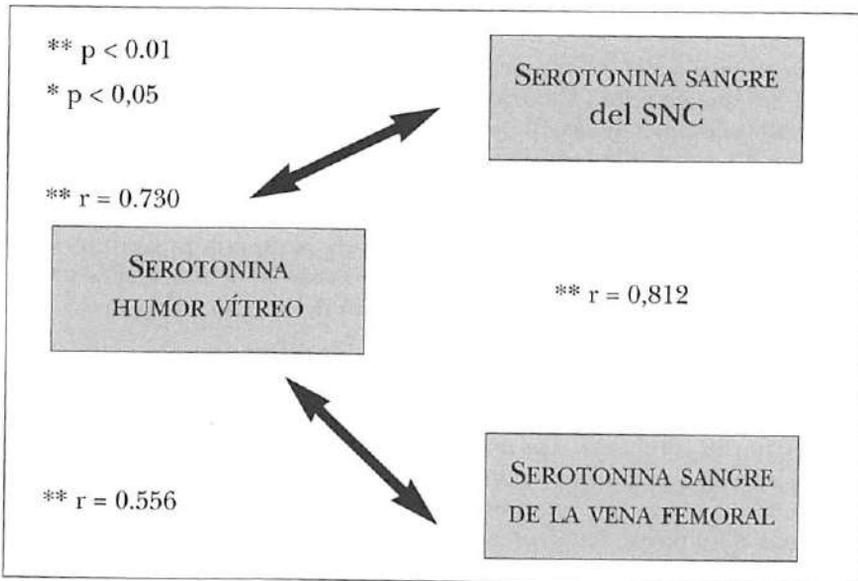


Figura 1. Relaciones estadísticamente significativas entre las concentraciones de serotonina en los diferentes fluidos analizados.

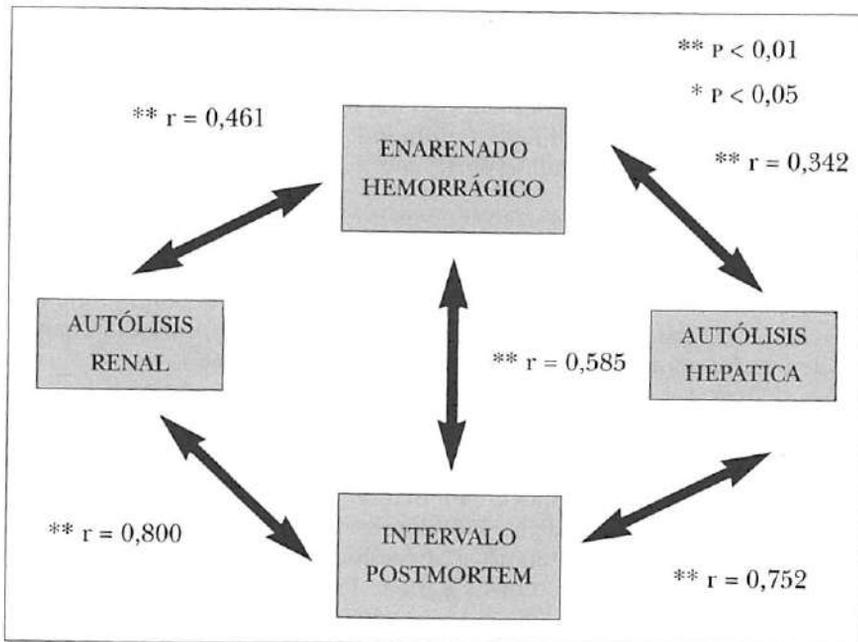


Figura 2. Correlaciones estadísticamente significativas entre diferentes variables.

## DISCUSIÓN

La evaluación del daño cerebral en aquellos casos en los que la autólisis del Sistema Nervioso Central es importante, supone un reto difícil en numerosas circunstancias, debido a que los hallazgos morfológicos y los datos anatomopatológicos se encuentran enmascarados por la presencia de artefactos. Un problema conocido son las interferencias que el patrón de autólisis introduce en el estudio microscópico del SNC, ya que las alteraciones que se producen en situaciones de isquemia presentan unas características ultraestructurales de las neuronas y las células gliales similares a las observadas en el estudio postmortem del mismo tejido.

Según Durigón (1988), las lesiones de los diferentes elementos que constituyen el tejido nervioso son idénticas, cualquiera que sea la causa de la hipoxia. En la anoxia cerebral se producen lesiones selectivas en algunos territorios cerebrales. Los más afectados son las capas corticales medias de los lóbulos parietales y occipitales. Las lesiones son más severas en el fondo de los surcos que en la superficie de las circunvoluciones. Los cambios más acusados se encuentran en las llamadas áreas de vulnerabilidad selectiva para la hipoxia, constituidas por el neocórtex (sobre todo su tercera capa, que puede afectarse de forma aislada produciendo la denominada necrosis laminar). Otras regiones que con frecuencia expresan la hipoxia cerebral son el llamado «sector frágil» de Sommer del Asta de Ammon del hipocampo; entre los núcleos grises centrales, el pálido (segmento interno), el putamen (parte externa) y el tálamo y en el cerebelo, el daño cortical es frecuente y afecta sobre todo a las células de Purkinje, cuya afectación se acompaña secundariamente de una proliferación de la glía. En general, las partes filogenéticamente más antiguas del sistema nervioso (tallo cerebral y médula espinal) son más resistentes a la hipoxia.

Para que se expresen, las lesiones macroscópicas de la hipoxia cerebral precisan un tiempo de sobrevivencia de alrededor de 48 horas. Antes de este período, puede observarse edema cerebral. Así mismo la evidencia histológica indicativa de isquemia y/o anoxia se constata con la tumefacción de las células endoteliales de los capilares del cerebro y con el hallazgo de microhemorragias circunscritas (ROBBINS y col. 1995).

Es bien conocido por la literatura el papel de la serotonina cerebral en la fisiopatología de la depresión. Existen trabajos que relacionan el contenido de serotonina en las estructuras nerviosas con la clínica de la depresión. Para corroborar este hecho además de la amplia literatura existente basta recordar la difusión de los inhibidores de la recaptación de la serotonina en el tratamiento actual de la depresión (VAN KEMPEN, 1995; CUCHE-RAT Y CÍALDELLA 1996; MAZUREK Y KÍEJNA, 1996). Si la ahorcadura es un mecanismo suicida y el suicidio es un cuadro que se inserta plenamente en la depresión; ¿cómo hemos elegido un marcador que podría presentar interferencias derivadas de su patología de base? En primer lugar, la serotonina no es sólo un neurotransmisor, sino que como hemos visto en la

introducción, tiene un papel vasoactivo importante. En trabajos anteriores (LUNA y cols. 1982, 1983) comprobamos cómo la serotonina y su principal metabolito, el ácido 5-hidroxi indol-acético, expresaban el sufrimiento agónico. Hay que destacar el papel vasoactivo de la serotonina en situaciones específicas como eran el shock séptico y hemorrágico y cómo la liberación de serotonina por parte de plaquetas y mastocitos formaba parte de la respuesta bioquímica a las fases iniciales del shock, siendo la hipotensión uno de los elementos que provocaba su liberación (MORRIS Y MOON, 1974; FRÖLICH Y MARGOLIUS, 1981; PESCE Y KAPLAN, 1990, CASTEX y cols. 1993).

En el SNC el sufrimiento bioquímico derivado de una situación de hipoxia y/o bloqueo de la circulación, determina una respuesta compleja que se inicia precozmente por la acidosis metabólica y por el bloqueo del metabolismo de la glucosa y culmina con la lesión neuronal y el aumento de la permeabilidad de las membranas celulares (OSUNA y cols. 199, Z.; Li y cols. 1995; THOMBERG 1995, VÁZQUEZ y cols. 1995). Esto va a determinar no sólo la liberación de enzimas citoplasmáticos, sino la liberación de los neurotransmisores presentes en las sinapsis y en las vesículas presinápticas.

Si tenemos en cuenta las modificaciones que la autólisis provoca en las moléculas proteicas, comprenderemos que compuestos de pequeño peso molecular, y para cuya transformación se requiere un metabolismo con consumo de oxígeno, serán más estables postmortem que estructuras proteicas sobre las que las proteasas van a provocar su degradación.

La serotonina requiere para su transformación y degradación la acción de una monoaminoxidasa que transforma la 5 hidroxi triptamina mediante un proceso de oxidación en ácido 5 hidroxi-indol-acético (DAVIS y cols. 1973); esta circunstancia no puede presentarse en el cadáver por la ausencia de oxígeno, por lo que la estabilidad de dicha molécula será mayor como hemos comprobado en trabajos anteriores ya citados (LUNA y cols. 1982, 1983).

En Medicina Legal y Forense la determinación de serotonina se ha utilizado para el diagnóstico de la vitalidad de las lesiones y para el diagnóstico del infarto cerebral y traumatismo del SNC (JELLINGER y cols. 1979; MOHANTY y cols. 1978) en un trabajo anterior Luna y cols (1983) analizamos los niveles de serotonina en líquido pericárdico y su relación con diferentes causas de muerte; y encontramos que era un excelente parámetro para estimar la duración del proceso agónico.

En nuestro trabajo, no analizamos la distribución de la serotonina en las diferentes estructuras nerviosas ni sus precursores bioquímicos y metabolitos (utilizados como marcadores en el diagnóstico bioquímico de la depresión) sino su liberación al fluido sanguíneo comprobando las posibles diferencias entre la sangre que recoge los elementos liberados en el SNC (vena yugular) y sangre nerviosa periférico que expresaría el sufrimiento sistémico generalizado. Así pues, podemos afirmar que la utiliza-

ción de la serotonina como indicador indirecto de sufrimiento tisular no entra en contradicción con la fisiopatología de la depresión, circunstancia que podría plantearse si hubiéramos analizado las concentraciones de serotonina en líquido cefalorraquídeo, en vez de su liberación plasmática.

La fisiopatología de la sumersión y de la ahorcadura presentan claros rasgos diferenciales en la expresión de los fenómenos locales y similitudes en la expresión del sufrimiento sistémico, cuya intensidad va a estar condicionada por la duración del proceso. La ahorcadura supone un modelo de asfixia donde el sufrimiento sistémico marcha íntimamente correlacionado con los fenómenos localizados en el tejido pulmonar, en el que el bloqueo de la circulación de retorno en los vasos del cuello va a plantear una disociación relativa entre los fenómenos focales en el SNC y los fenómenos generales procedentes del sufrimiento sistémico.

La matriz de correlación muestra una serie de relaciones estadísticamente significativas entre los hallazgos estructurales que mantienen una coherencia lógica. Así, todos los signos que expresan el sufrimiento anóxico se correlacionan de forma estadísticamente significativa entre sí, demostrando que la secuencia fisiopatológica se ajusta a los datos descritos en el apartado de la introducción.

Las relaciones estadísticamente significativas encontradas con el intervalo postmortem hacen referencia a dos cuestiones esenciales: Una, es la estrecha relación entre data y autólisis, y otra es que la autólisis hepática y renal presentan un alto grado de significación estadística, siendo más intensa la relación entre el intervalo postmortem y la autólisis renal dato bien conocido.

En referencia a la relación del intervalo postmortem con el enarenado hemorrágico, hemos de tener en cuenta la data media en relación con las diferentes causas de muerte. Así en el grupo de sujetos fallecidos por sumersión es 6,9 horas, mientras que la data media en el grupo de ahorcadura es 9,2 horas, siendo en este grupo donde la expresión del enarenado hemorrágico es más intensa.

Es lógico que el enarenado hemorrágico cerebral que inicialmente expresa un fenómeno local, sea más intenso en el grupo de sujetos fallecidos por ahorcadura que en el grupo de asfixias por sumersión, ya que la congestión vascular, derivada de la dificultad mecánica por compresión externa de la yugular, sería mucho más intensa junto al mecanismo hipóxico.

En trabajos anteriores pusimos de manifiesto como las tasas de las catecolaminas medidas en líquido pericárdico se relacionaban estadísticamente con los datos estructurales (JIMENEZ RÍOS y cols. 1988). En esta línea hemos ido comprobando de forma reiterada e incontestable las relaciones entre sufrimiento bioquímico y alteraciones estructurales (LUNA y cols. 1982, 1983; OSUNA y cols. 1992; PÉREZ CÁRCELES y cols. 1995a, 1995b, OSUNA y cols. 1998).

La serotonina muestra en nuestros datos un comportamiento que se ajusta a la hipótesis inicial de la presente memoria. No hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas con el intervalo postmortem y los resultados obtenidos en los tres fluidos analizados.

Los valores más altos de serotonina se observan en el suero de la sangre procedente del SNC (vena yugular) y los más bajos en humor vítreo. Las concentraciones de este marcador en humor vítreo reflejan la cinética de liberación en estos fluidos. La contigüidad del suero del SNC y las características estructurales de la molécula de serotonina determinan una liberación más tardía al humor vítreo. Por tanto, la determinación de marcadores que expresan el sufrimiento del SNC va a ser de mayor utilidad en suero procedente de la vena yugular, al estar íntimamente relacionado con las estructuras afectadas.

Las mayores relaciones se expresan entre la sangre procedente del suero del SNC y el suero periférico, siendo menor la relación de la serotonina del humor vítreo con la periférico y la procedente de la yugular. Sin embargo entre ambos sueros, como cabe esperar, existe una correlación mucho más intensa que con la sangre del SNC (figura 1).

A la vista de estos resultados la serotonina en humor vítreo expresa con mayor fiabilidad las alteraciones bioquímicas en el SNC que las alteraciones sistémicas del resto del organismo.

Con relación al mecanismo asfíctico observamos los valores más bajos en la sumersión. De nuevo tendremos que recurrir a los datos expuestos previamente, al referirnos a los hallazgos estructurales.

Los procesos de bloqueo circulatorio y de congestión vascular determinan una mayor presión y congestión vascular y un mayor grado de sufrimiento cerebral, y en consecuencia obtenemos mayores cocentraciones de serotonina en los tres fluidos estudiados, en el grupo de sujetos fallecidos por ahorcadura.

La serotonina se correlaciona de forma estadísticamente significativa con los datos estructurales que reflejan un sufrimiento local y un sufrimiento sistémico, siendo más intensa la relación con los datos existentes en el SNC. Cometeríamos un error inexcusable si interpretáramos que los valores de serotonina tienen su origen única y exclusivamente en la liberación procedente del SNC. Aun cuando fundamentalmente pueda provenir de este origen, como lo demuestra la diferencia entre la sangre periférica y la sangre del SNC, existe una liberación sistémica que expresa una respuesta vasoactiva y una liberación procedente de las plaquetas durante el sufrimiento hipóxico.

Desde el punto de vista práctico, la utilización de este indicador en el trabajo cotidiano carece, a nuestro juicio, de interés, porque los datos estructurales van a expresar con suficiente claridad el sufrimiento local y el sistémico. Únicamente cuando estos datos no sean lo suficientemente

expresivos y/o los fenómenos autolíticos dificulten su interpretación, deberemos utilizar la serotonina como elemento diagnóstico para excluir un posible sufrimiento cerebral, ya que concentraciones muy bajas de este parámetro bioquímico en el humor vítreo o en el suero proveniente del SNC, nos indicarían una ausencia de sufrimiento anóxico.

Una cuestión que se puede plantear tras nuestro estudio es la importancia del análisis de la serotonina en los tres fluidos analizados o únicamente en uno de ellos. En nuestra opinión, es preciso estudiar los tres fluidos ya que las relaciones entre ellos nos puede ilustrar con claridad la distribución y características de; sufrimiento anóxico. En última instancia, podríamos prescindir de la serotonina en humor vítreo si disponemos de suero del SNC y no existe un proceso de autólisis claramente desarrollado, ya que, en este último caso, el suero podría presentar limitaciones derivadas de la hemólisis y de la liberación de productos procedentes del catabolismo proteico.

La reconstrucción del mecanismo del fallecimiento nos exige, en cada caso concreto, individualizar la interpretación de los hallazgos desde una perspectiva que debe tener en cuenta las características del medio, del mecanismo etiológico y de las circunstancias individuales. Sólo así podremos alcanzar conclusiones sólidas huyendo de generalizaciones excesivas, que en algunos casos, pueden tener un valor académico para introducir al profano en el estudio médico legal de las asfixias, pero de las que debemos huir en nuestro trabajo diario, donde cada caso requiere una interpretación ajustada a sus circunstancias.

La práctica médico-legal requiere de un diseño pericial donde la jerarquización de las pruebas responda a los requerimientos concretos de cada caso. Lo que en general puede carecer de interés, en un caso particular puede ser esencial. Esto nos obliga a protocolizar nuestra actuación desde un criterio de coste/beneficio, entendiendo el primero no sólo desde un punto de vista económico, sino desde una posición del trabajo personal. El beneficio comprendería la calidad de la información obtenida de cara a la resolución del problema pericial planteado. Los datos accesorios, que no ayudan a la resolución del problema pericial, por sólidamente obtenidos que estén, no merecen su inclusión sistematizado y en muchos casos distraen y distorsionan el razonamiento y reconstrucción de los hechos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CASTEX N, FIORARONTI I, FARGEAS MJ, BUENO L. Role of serotonin and histamine in the effects of degranulation of mast cells on the colonic motility and the transit. *Experimental study in rats. Gastroenterol Clin Biol* 1993; 17: 478-484.
2. CUCHERAT M, CIALDELLA P. Meta analysis Of therapeutic trials: applications in psychiatry. *Encephale* 1996; 22: 378-387.

3. DAVIS Z, MOERTEL, G, McLIRATH DC. The malignant carcinoid syndrome. *Surg Gynecol Obstet*, 1973, 137: 637-644.
4. DURIGON M. *Pathologie médico-légale*. París: Masson 1988.
5. FRÓLICH, JC, MARGOLIUS, HS. Prostaglandins, the kallikreinkin system, Batters's syndrome, and the carcinoid syndrome. *Endocrinology metabolism*. McGraw Hill Book, New York, 1981; 1265-1269.
6. JELLINGER K, RIEDER P, KOTHBANER P. The significance of biogenic amines in cerebral infarction. *Wien Klin Wochenschr*, 1979; 91: 339-344.
7. JENNINGS RB. Ischemic tissue injury. *Am J Pathol*, 1978; 81: 179.
8. JIMENEZ RIOS G, LUNA MALDONADO A, VILLANUEVA E. Etude du Comportement postmortem des catécholamines totales adrenaline et noradrenaline dans le liquide péricardique, en relation avec la cause du décès et la durée de l'agonie. *J Med Leg Droit Medical*, 1988; 31: 251-259.
9. LUNA A, VILLANUEVA E, HERNÁNDEZ-CUETO C, LUNA, JD. Verhalten des 5-HT und der 5-Hydroxy-indol-Essigsäure in Zusammenhang mit der Agonie. *I Z Rechtsmed*, 1982; 89: 215-226.
10. LUNA A, VILLANUEVA E, HERNÁNDEZ-CUETO C, MORALES I. Study of 5Hydroxytryptamine (Serotonin) in Pericardial Fluid in different causes of death (II). Experimental study of 5-HT levels in two types of shocks (Hemorrhagic and septic) in dogs. *Z Rechtsmed*, 1983; 89: 227-236.
11. MAILMAN RB, KITTS CD. Analytical considerations for quantitative determination of serotonin and its metabolically related products in biological matrices. *Clin Chem*, 1985; 31: 1849-1854.
12. MAZUREK J, KIEJNA A. Cost analysis of treating depression. Comparison of tricyclic antidepressants and selectiva serotonin re-uptake inhibitors. *Psychiatr Pol* 1996; 30: 87-98.
13. MOHANTY S, DEY PK, SEN PC, RAY A. Accumulation of serotonin in humancerebral contusion. *Indian Neurol*, 1978; 26: 68-70.
14. MORRIS KM, MOON RJ. Quantitative analysis of serotonin biosynthesis in endotoxemia. *Infect Immun*, 1974; 10: 340-346.
15. OSUNA E, PÉREZ-CÁRCELES MD, LUNA A, POUNDER DJ. Efficacy of cerebrospinal fluid biochemistry in the diagnosis of brain insult. *Forensic Sci Int*, 1992; 52: 193-198.
16. PESCE A, KAPLAN LA. *Química Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1990.
17. ROBBINS SL, COTRAN RS, KUMAR V. *Patología estructural y funcional*. 4ª ed, Madrid: Edit. Interamericana, 1995.
18. ROS OLIVARES T. Daño cerebral. Hallazgos histológicos y marcadores bioquímicos *postmortem* (Enolasa Neuroespecífica y Creatinquinasa BB). Universidad de Murcia, 1998. Tesis Doctoral.
19. VAN KEMPEN GM. Serotonine in de neurologie en de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1995; 139: 2084-8.

20. VÁZQUEZ MD, SÁNCHEZ RODRIGUEZ F, OSUNA E, DÍAZ J, COX DE, PÉREZ-CÁRCELES MD, MARTÍNEZ, P, LUNA A, POUNDER DJ. Creatine Kinase BB and Neuron-Specific Enolase in cerebrospinal fluid in the diagnosis of brain insult. *Am J Forensic Med Pathol*, 1995; 16: 210-214.
21. VÁZQUEZ MD, SÁNCHEZ-RODRIGUEZ F, OSUNA E, SERRANO SANTOS E, DÍAZ J, MARTINEZ P, LUNA A. ¿Puede ser útil el análisis de enzimas en líquidos biológicos para el diagnóstico postmortem? *L Eurobiologiste*, 1995; 28: 191-195.

## **NOTICIAS, LIBROS Y COMENTARIOS**

## NOVEDADES EDITORIALES Y COMENTARIOS

### 1. *Traumatismos craneales. Aspectos médico-legales y sus secuelas.*

ASO ESCARIO, J.

EDITORIAL: Masson

AÑO: 1999

En esta obra se ofrece una visión de los traumatismos craneo-encefálicos desde una perspectiva poco corriente, ya que la mayoría de los textos que versan sobre el tema tratan muy superficialmente las numerosas y complejas cuestiones que pueden suscitarse en el terreno médico-legal después de un trauma craneal.

El libro está dividido en varias partes. La primera ofrece una visión global de la patología traumática craneal, resumiendo el tema de una manera clara y práctica, dirigida no sólo al especialista sino también a otros profesionales que deben tratar o evaluar TCE en el curso de su actividad. Probablemente el médico legista encontrará útil esta parte, al igual que el médico de familia, ya que ofrece una síntesis anatomo-clínica del tema junto con una abundante iconografía de casos tomados de la práctica diaria, así como dibujos a todo color preparados por el autor y enormemente didácticos.

En la segunda parte se analizan las diversas patologías traumáticas craneo-encefálicas, repasando las principales cuestiones médico-legales. Se insiste sobre todo en el diagnóstico etiológico y en los argumentos que pueden orientar hacia un origen natural o violento de las mismas. Determinados procesos como los accidentes cerebro-vasculares traumáticos, la esclerosis en placas, los tumores cerebrales o la siringomielia post-traumática, son analizados ofreciendo criterios de imputabilidad traumática puestos al día. Algunos capítulos de esta parte merecen especial atención por su originalidad, como es el estudio de la muerte cerebral que es valorada desde aspectos clínicos, legislativos y éticos, en una etapa, como es la actual, en la que se suscitan numerosos interrogantes al respecto, máxime después de la reciente aprobación del Decreto sobre Transplantes en nuestro país. Otros capítulos como las demencias pos-

traumáticas proporcionan guías para el diagnóstico y evaluación clínico-legal de estos casos.

La tercera parte del libro está íntegramente dedicada al estudio de las secuelas de los TCE. Se ofrece una clasificación original y práctica de las mismas, una revisión sobre las principales de entre ellas, acerca de los procedimientos de diagnóstico y sobre cuestiones como la simulación o las poco estudiadas secuelas integrativas y socio-familiares. Los principales sistemas de baremación secuelar son comentados y analizados, proponiendo alternativas y facilitando explicaciones de las secuelas post-TCE. Merecen ser destacados los capítulos dedicados a la Ley 30/95 sobre secuelas tras accidentes de circulación y el relativo a las secuelas del sistema JAMA americano.

Todo el libro se encuentra profusamente ilustrado a todo color con fotografías e ilustraciones, por lo que resulta de fácil y amena lectura ya que además dispone de numerosas tablas explicativas, siendo muy cuidada la edición por la Editorial Masson.

En resumen, una obra dedicada íntegramente a las cuestiones médico-legales suscitadas por los TCE que resulta de gran utilidad para los profesionales de la Medicina Legal, para los clínicos sean o no especialistas y también para los profesionales del Derecho.

Por sus características y por la autoridad que da al autor su doble condición de médico forense y neurocirujano, puede considerarse un texto de referencia obligada para cualquier profesional (médico o jurista) que desee adentrarse en el análisis de cuestiones legales relacionadas con un traumatismo cráneo-encefálico.

## **2. *Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formularios (Libro + CD-ROM).***

COBO PLANA, J. A.

EDITORIAL: Masson

AÑO: 1999

El libro que presentamos parte de considerar la violencia doméstica como una distorsión grave de las relaciones interpersonales definidas por el hogar y el proyecto de familia. Al convertirse en patológica, esta convivencia aboca en la violencia que no es sino el síntoma o el signo de esa enfermedad. Se define lo doméstico, sus protagonistas, y las diferentes líneas de violencia que afectan a todos los miembros de esa relación o proyecto familiar, desde los mayores a los más pequeños, los padres y los hijos, las mujeres y los hombres, los separados y divorciados, las antiguas relaciones no rotas, la persistencia de intereses comunes tras la ruptura, etc.

A partir de esta hipótesis se aborda, como objetivo esencial, la necesidad de un diagnóstico diferencial de la violencia doméstica como paso obligado para poder diseñar la posible respuesta. En esta comparación de la violencia doméstica con una patología, se reflexiona sobre el riesgo de la escasa e incluso errónea efectividad, cuando se aplica exclusivamente un tratamiento del síntoma y no de la causa.

Este diagnóstico diferencial requiere datos que sólo pueden ser ofertados y valorados por disciplinas y profesionales muy diferentes, por lo que, de forma inevitable, se requiere el concurso de todos ellos en ese diagnóstico multiaxial. Consecuentemente, estos profesionales de esas, también diferentes, disciplinas pueden tener un papel muy activo no sólo en este diagnóstico sino en la asesoría y consejo de aquellos que tienen la posibilidad o el poder de proveer medios, tomar decisiones y mandar su aplicación.

Los datos necesarios para el conocimiento de la violencia doméstica se centran no sólo en el hecho violento determinado sino que esencialmente se dirigen a conocer la historia de esa violencia y aventurar el pronóstico de su futuro. Se considera que, en cualquier violencia doméstica, debe investigarse la posibilidad de otras víctimas dentro de esa interacción familiar.

Se analizan las «formas clínicas» de la violencia doméstica diferenciando violencia única o aislada, reiterada, continuada, progresiva, desatada, especiales o mixtas. Frente a esa descripción se reflexionan sobre los distintos caminos de decisión terapéutica que cada diagnóstico induce.

Siendo el conocimiento de la realidad de la violencia doméstica uno de los problemas más graves en la posibilidad de decisiones sociales genéricas, se plantea la necesidad de estudios a través de macrodatos que, a su vez, requiere el uso de codificaciones para su manejo.

Se concluye con la presentación de formularios destinados a los diferentes profesionales que pueden y deben intervenir en ese diagnóstico, y se presentan árboles de decisión aconsejando los pasos sucesivos que deben darse frente a cualquier clase de violencia doméstica.

### ***3. Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito.***

CRIADO DEL RIO, M. T.  
EDITORIAL: Colex  
AÑO: 1999

Se trata de una obra extensa que recopila normas y regulaciones de distinto rango que afectan y rigen el quehacer del perito en sus actuaciones dentro del ámbito de la valoración del daño corporal. Es un texto de gran formato que persigue poner a disposición del lector toda la normati-

va en vigor en una parcela de la Medicina Legal tan interesante y en alza como es ésta.

4. *¿Qué dice el Forense? Una curiosa sinopsis de ciertas quisicosas, peculiaridades y técnicas de la Medicina Legal y Forense.*

VERDÚ PASCUAL, F.  
EDITORIAL: Promolibro  
AÑO: 1999

Una obra amena que en un tono distendido y en clave de humor suministra información muy precisa acerca de cuestiones médico-legales de gran importancia. Secundando las palabras de don Enrique Orts Berenguer, quien certeramente prologa este libro, se trata de una monografía de suma utilidad para profesionales de Derecho, de la Criminología, etc. y para todos aquellos que deseen conocer qué debe esperarse del dictamen del médico forense y cómo han de interpretarse sus conclusiones.

5. *Practical aspects of Munchausen by proxy and Munchausen Syndrome investigation*

ARTINGSTALL, K. (Ed)  
EDITORIAL: Springer  
AÑO: 1999  
LENGUAJE: Inglés

Una obra esencial para los estudiosos o interesados en el maltrato infantil y en esta especial variedad del mismo denominada Síndrome de Munchausen por Poderes.

6. *Color Atlas of Forensic Pathology*

DIX, J.  
EDITORIAL: Springer  
AÑO: 1999  
LENGUAJE: Inglés

Se trata de una obra que fué originalmente publicada en CD-ROM y que ahora ilustra con una serie de 800 fotografías a todo color muchos de los casos y de las cuestiones fundamentales a las que hay que dar respuesta en la rutina médico-forense: data de la muerte; identificación; contusiones, heridas por arma blanca y arma de fuego; muerte súbita; asfixias mecánicas;etc.

**7. *Mass Fatality and Casualty Incidents. A Field Guide.***

JENSEN, R.  
EDITORIAL: Springer  
AÑO: 1999  
LENGUAJE: Inglés

En esta monografía se revisan planes y acciones a llevar a cabo en situación de gran catástrofe. Se profundiza en la actitud para enfrentar los hechos y planificar las actuaciones en estos casos, en la investigación médico-legal, la recuperación de supervivientes, cadáveres y en la identificación de los mismos, en la asistencia a los familiares, etc. Se analizan y comentan las situaciones catastróficas de mayor gravedad acaecidas en los últimos años en USA, así como los planes de emergencia puestos en marcha, a finales de 1999, en las principales capitales norteamericanas.

**8. *Expert Witnessing. Explaining and Understanding Science.***

MEYER, C. (ed)  
EDITORIAL: Springer  
AÑO: 1999  
LENGUAJE: Inglés

En esta obra destinada a magistrados, letrados y peritos, se revisan con acierto los problemas fundamentales que surgen de la comunicación entre la ciencia y el derecho. El autor plantea cuales son las principales barreras culturales, educativas, etc., entre juristas y científicos e intenta encontrar respuestas a una cuestión siempre viva y fundamental dentro de la Ciencia Forense.

**9. *Forensic Radiology***

BROGDON, B. G.  
EDITORIAL: Springer  
AÑO: 1999  
LENGUAJE: Inglés

Todo el espectro de las aplicaciones de la radiología en la Medicina Forense se cubren con acierto en esta obra .

Se trata de una monografía escrita desde la experiencia, amena y rica en ilustraciones que resulta muy aconsejable para todo aquél que desee documentarse sobre las importantes aplicaciones de la radiología en la rutina de la Medicina Forense actual.

REEDICIONES

1. *The sexual exploitation of children-A practical guide to asesment, investigation and intervention.*

GOLDSTEIN, S. L.

EDITORIAL: CRC Press

AÑO: 1999

LENGUAJE: Inglés

## CONGRESOS, SIMPOSIA, JORNADAS Y REUNIONES CIENTÍFICAS

- XIV JORNADAS DE LA SOCIEDAD MEDITERRÁNEA DE MEDICINA LEGAL / XIV<sup>èmes</sup> Journées internationales méditerranéennes de Médecine Legale.  
Madeira, Funchal, 31 mayo a 4 de junio de 2000.
- V JORNADAS DE GENÉTICA FORENSE del GEP-ISFG.  
Madeira, Funchal, 3 mayo a 4 de junio de 2000.
- III CONGRESSO HISPANO-LUSO DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL / I CONGRESO INTERNACIONAL DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL. LOS RETOS DE LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL ANTE EL TERCER MILENIO.  
Bilbao, 28, 29 y 30 de junio de 2000.
- XVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y SOCIAL / XVIIIth CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ACADEMY OF LEGAL MEDICINE.  
Santiago de Compostela (La Coruña), 6 al 9 de septiembre de 2000.
- II CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO / VI CONGRESO IBEROAMERICANO DE MEDICINA DEL TRABAJO.  
Zaragoza, 16-19 de mayo de 2000.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista *Ciencia Forense* considera para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Medicina Forense en sus distintas áreas (Derecho Médico y Deontología, Tanatología, Patología Forense, Sexología Forense, Medicina Legal en la Infancia, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Odontología Forense, Medicina Legal Laboral y Toxicología Forense).

2. La revista se dividirá en las siguientes secciones:

- REVISIONES. Artículos en los que se realice una puesta al día sobre temas de actualidad o de gran interés para la comunidad forense. Serán trabajos encargados por el Comité de Redacción. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta sección pueden solicitarlo al director de la revista.
- ORIGINALES. Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés médico-legal.
- ORIGINALES BREVES. Trabajos de investigación o bien exposición de casos, que por sus características puedan ser publicados de forma abreviada. Deberán tener una extensión máxima de hasta 8 páginas DIN A-4, incluidas las tablas, figuras y referencias bibliográficas.
- OPINIÓN Y CUESTIONES A DEBATE. La revista brinda una oportunidad en esta sección al intercambio y a la discusión de ideas y opiniones sobre cuestiones polémicas o que necesiten de una reflexión profunda. Cualquier autor que espontáneamente desee colaborar en esta sección puede solicitarlo al director de la revista. La estructura del trabajo no ha de seguir el esquema que se exige en el caso de un artículo original de investigación.
- Otras secciones (NOTICIAS, CALENDARIO DE ACTIVIDADES, NOVEDADES EDITORIALES, etc.).

3. Los trabajos que se envíen para su publicación en la revista, habrán de ser inéditos y no estar pendientes de publicación en otra revista.

4. Se remitirán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A-4, con 30 a 35 líneas de entre 60 y 70 espacios en cada página.

5. Se presentarán por triplicado, incluyendo tres copias de la iconografía y una copia en disquete indicando el nombre del primer autor, ini-

cio del título y programa utilizado. Serán precedidos de una hoja en la que se haga constar: título del trabajo, nombre del autor (o autores), dirección, número de teléfono y de fax; así como dirección de correo electrónico, si procede, situación académica o profesional y nombre de la institución académica a la que pertenece. Se acompañará de una carta de presentación en la que se solicita el examen de los mismos y la sección de la revista donde desearía que se publicase; en ella deben exponerse claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la revista *Ciencia Forense*, de la Institución «Fernando el Católico».

#### TEXTO

Se recomienda la redacción de texto en estilo impersonal. Se estructurará el trabajo en los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

#### RESUMEN

Debe adjuntarse en español y en inglés. La extensión del resumen no ha de superar las 250 palabras, ni ser inferior a 150. El contenido del resumen estructurado para los originales se divide en cuatro apartados. Introducción, Material y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se ha de escribir, respectivamente, el problema motivo de investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos resultados. Al final del resumen deben figurar hasta 6 palabras clave de acuerdo con Medical Subject Headings de Index Medicus.

#### INTRODUCCIÓN

Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara el o los objetivos del trabajo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se indica el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección, las técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes para que el estudio pudiera repetirse sobre la base de esta información. Se han de escribir con detalle los métodos estadísticos.

## RESULTADOS

Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado. Estos datos se complementan con tablas y figuras, considerando que no ha de repetirse en el texto la misma información.

## DISCUSIÓN

Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan el significado y aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por la cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo y las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Por otra parte debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y se repitan los conceptos que han aparecido en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citarán personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y si se trata de varios se citará el primero seguido por la expresión *et al.*

En lo posible se evitarán las frases imprecisas como citas bibliográficas. No pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», aunque sí se pueden incluir así en el texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas:

### Artículos de revista:

- CAPLAN RM. A fresh look at some lab ideas in counting medical education. *Möbius*, 1983; 3(1):55-61.

**Libros:**

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally and Company, 1963.

6. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se aceptarán diapositivas o fotografías en blanco y negro, en casos especiales y previo acuerdo con los autores, se aceptarán diapositivas en color. El tamaño será 9x12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Las ilustraciones se presentarán por separado, dentro de un sobre; los pies de las mismas deben ir mecanografiados en hoja aparte. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos para destacar la parte esencial.

7. Las gráficas (hasta un máximo de seis) se obtendrán a partir del ordenador con impresión de alta calidad. Se tendrá en cuenta las mismas normas del apartado anterior. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras.

8. Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: la numeración de la tabla con caracteres arábigos, enunciado correspondiente; una tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La revista admitirá tablas que ocupen como máximo una página impresa de la misma. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla las técnicas empleadas y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

9. El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Siempre que el Comité sugiera modificaciones, los autores deberán remitir, junto con la nueva versión del artículo y tres copias, una carta que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas, tanto las sugeridas por el propio Comité como las que figuran en los informes de los expertos consultados.



C. S. I. C.

## CONTENIDOS

### Editorial

---

#### *In memoriam*

---

*Zubiri de Salinas, F.*: Fernando Zubiri Vidal.

*Castellano Arroyo, M<sup>a</sup>.*: Juan Antonio Navarro Celma.

#### Revisiones

---

*Martínez Jarreta, M<sup>a</sup> B.*: Síndrome del niño maltratado.

*Abecia Martínez, E.*: Manifestaciones oftalmológicas del maltrato infantil.

*Fleta Zaragozano, J.*: Maltrato por poderes: síndrome de Münchhausen en la infancia.

*Fleta Zaragozano, J.; Baselga Asensio, C.*: Maltrato sexual en la infancia.

*Baselga Asensio, C.; Fleta Zaragozano, J.*: Maltrato psicológico en el niño.

*Barreda Hernández, A.*: El menor como víctima de malos tratos. Su actual posicionamiento.

*Sancho Casajús, C.*: El Ministerio Fiscal ante la violencia doméstica.

*Casado Monge, R. M<sup>a</sup>.*: Actuaciones de la Administración en la protección de menores maltratados. El control del Justicia de Aragón.

*Murillo y García-Atance, M.*: El menor en el Juzgado de Instrucción y de lo Penal.

*Rodríguez Benito, L.*: La mediación familiar como medida preventiva de los conflictos familiares en separación y divorcio.

#### Artículos originales

---

*Martínez Cordero, A.; Hinojal Fonseca, R.; Martínez Jarreta, B.; Álvarez Ania, E.*: Tratamiento rehabilitador del delincuente sexual.

*Martín Burriel, I.; Nievas, P.; Calvo, J. H.; Bolea García, M.; Martínez Jarreta, B.; Zaragoza, P.*: Identificación de perfiles genéticos humanos y de cérvidos en un caso de caza furtiva.

*Muñoz, J. I.; Suárez-Peñaranda, J. M.; Otero, X. L.; Rodríguez-Calvo, M. S.; Costas, E.; Miguens, X.; Concheiro, L.*: La estimación de la data de la muerte: ¿una nueva formulación?

*Blanco Pamplín, J.; Riera Táboas, A.*: Aneurisma disecante aórtico de dirección retrógrada con afectación coronaria.

*Pérez Pujol, E.; Osuna, E.; Pérez-Cárceles, M. D.; Ros Olivares, T.; Luna, A.*: Estudio *post-mortem* de la serotonina como marcador inespecífico del sufrimiento cerebral en dos modelos de asfixias violentas. Ahorcadura y sumersión.

#### Noticias, libros y comentarios

---

