

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA PEDOFILIA Y EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que acucian a la sociedad en la actualidad es el relacionado con el abuso sexual de menores. Esta manifestación sexual siempre existió en forma más o menos oculta, quizás por el tabú cultural vigente en los últimos años ha tomado un auge muy importante, probablemente motorizado por la mayor libertad de expresión, el menor temor a su exteriorización, la actualización de la legislación vigente o la promoción o divulgación periodística.

Las personas que por distintos motivos están al tanto de estas conductas sexuales tienen la obligación de reflexionar sobre los reales alcances de estas manifestaciones, ya que si bien es indudable que estos delitos existieron siempre y existen, no es menos cierto que se observa con preocupación el aprovechamiento peligroso que se hace de las mismas invocando hechos que suelen ser respuestas a motivaciones ajenas a la real situación invocada. Así, se tiene noticia de la presencia de falsas denuncias en búsqueda de beneficios secundarios, inducciones a menores a manifestar haber sido víctimas de abusos sexuales inexistentes, diagnósticos apresurados, sobre todo en el área psíquica, por ineptitud técnica u otras razones subalternas.

Por estas razones se considera necesario hacer una aproximación reflexiva al tema para asumir, desde el conocimiento científico, la experiencia y la responsabilidad profesional, con la mayor equidad posible, el controvertido y a veces espinoso problema de dilucidar, desde el punto de vista sexológico, las implicancias médico legales que presentan las conductas pedofílicas.

2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS GENERALES

Recordemos que el término *pedofilia* fue acuñado en alemán por el psiquiatra Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), quien utilizó por primera vez la expresión *Pädophilie erótica* en su influyente libro *Psychopathia Sexualis*, publicado en 1886.

El diccionario de la RAE recoge las dos variantes morfológicas, *pedofilia* y *paidofilia*, que se pueden considerar sinónimos.

Otra controversia se establece entre los términos **pedofilia y pederastia**. El mencionado diccionario ha introducido en su edición del 2001 el término *pedofilia*, además de seguir registrando la palabra *pederastia*, para las que recoge las siguientes definiciones:

a) **Pedofilia**. f. Atracción erótica o

Juan Carlos Romi
Lorenzo García
Samartino

sexual que una persona adulta siente hacia niños o adolescentes.

b) **Pederastia**. f. Abuso sexual cometido con niños.

Desde el punto de vista semántico, la distinción es clara: es esencialmente diferente sentir atracción erótica por los niños a abusar sexualmente de ellos. Así pues, la distinción surge entre la tendencia sexual (*pedofilia*) y la práctica abusiva y delictiva (*pederastia*).

Algunos abusadores sexuales infantiles se definen como pedófilos pero no pederastas, distinguiendo entre tener la tendencia que los empuja a sentir atracción sexual por los niños (*pedofilia*) y las prácticas sexuales con menores (*pederastia*).

En el primer caso, se trata de una tendencia psíquica, considerada como una parafilia por la sexología y la psiquiatría, mientras que en el segundo hay una práctica, que es delictiva según nuestra legislación. Sin embargo, es necesario dejar en claro que si el pedófilo de alguna manera establece un vínculo efectivo (acción) de aproximación o tocamiento erótico sobre un menor, esa conducta es delictiva aunque no haya existido la violación, ya que el CP la tipifica como abuso sexual simple (en la redacción anterior denominado abuso deshonesto) explicitado en el Art. 119 CP.

En el lenguaje periodístico encontramos indistintamente el uso de *pedofilia* con el sentido de delito y con el significado de enfermedad. Así, por ejemplo, se emplea el sintagma «acusar de pedofilia» o se habla de una «red de pedofilia», para designar una organización de personas dedicadas a la explotación sexual de menores.

Según la edad de la persona que es objeto del deseo sexual se distinguen tres tipos de trastornos: **pedofilia** para la atracción hacia niños en edad prepuberal; **efebofilia** (del griego *ephebo*, ‘niño que ha entrado en la pubertad’) para referirse al deseo sexual hacia adolescentes, y **nepiofilia** (de *nepion*, ‘infante’) para designar la atracción hacia niños lactantes o infantes.

Según el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) la **pedofilia** se encuentra dentro de la categoría de parafilias, que forma parte de los “*Trastornos sexuales y de la identidad sexual*”. Se la define como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños (13 años o menos) durante un período no inferior a los seis meses.

Por lo tanto, los *pedófilos* suelen ser predominantemente varones y frecuentemente de edad avanzada. Rara vez se presenta en mujeres, aunque no se descarta esta inclinación sexo-amorosa en ellas. Las víctimas pueden ser niños de ambos sexos.

La acción consistente en utilizar al menor como objeto pasivo de una cópula anal se denomina **pedicación**.

El **lolismo** es la preferencia sexoerótica de varones maduros por adolescentes (niñas en su despertar prepuberal). El término se popularizó por la novela de Novikov “*Lolita*”. Se llama también *hebefilia*.

Se denomina **corofilia** la inclinación de ciertas lesbianas maduras por niñas impúberes.

La **efebofilia** es la atracción sexual

de una persona madura hacia adolescentes varones de 13 a 18 años.

Otros términos de interés son: sodomía, pederastia y pederosis. La **sodomía** (de Sodoma, ciudad palestina a orillas del Mar Muerto) consiste en el sexo anal. La cópula anal puede ser heterosexual (anomeatía) u homosexual (androsomdomia). La sodomía se acepta que es el sexo anal entre varones y por extensión con animales con los que se tiene penetración (sodomización).

La **pederastia** (del griego *paiderastía*) es en general sinónimo de sodomía, es decir, la realización de la penetración anal. Se refiere en común y habitualmente a la que se realiza entre homosexuales, aunque en ciertas circunstancias (raramente) puede utilizarse para la cópula anal entre heterosexuales. Se llama sujeto activo al que realiza la inmisión peniana (en la jerga: “bufarrón”) y pasivo al que se presta a la inmisión (en la jerga: “comilón”). Los sexólogos alemanes suelen emplear el término latino “pedicatio”, siendo sinónimo de “conmasculatio”.

El término *pederastia* también se lo suele utilizar para describir el sexo anal practicado por un adulto con un menor. Así se habla de pederasta al que practica la cópula anal activa o pasiva como amante de los jóvenes.

La **pederosis** es la cópula anal practicada por un adulto sobre un menor de uno u otro sexo tomado como objeto pasivo (pedicación). El sexo anal practicado sobre una niña también se le llama *corefalismo*.

Se denomina socialmente “*taxi*

boy” al adolescente o adulto joven que vende sus favores sexuales a clientes homosexuales sólo como “una escapada” de su heterosexualidad. Lo que confiere este característico matiz de sordidez a la prostitución homosexual contemporánea no es tanto la utilización indisimulada del dinero (muchas veces para el consumo de drogas) cuanto la pretensión de disimular, bajo la excusa de la moneda, la naturaleza de la pulsión que se remunera. Se aduce que la participación queda restringida, en el contrato homosexual, al rol “activo” (penetrador anal o pasivo del felador), no calificando por ello de homosexuales sus propias conductas, sino que éstas se reservan para sus clientes o *partenaires*, con el beneficio de la aceptación popular.

3. EL PEDÓFILO COMO UN AGRESOR SEXUAL GENÉRICO

No se puede estudiar y comprender los delitos sexuales si no se parte de un mínimo de conocimiento sobre qué significa la sexualidad en la conducta de cada individuo.

Se observa frecuentemente que estos delitos son cometidos por individuos con una conducta sexual habitual considerada “normal”. La manifestación de la conducta sexual delictiva está ligada a una circunstancia personal o ambiental facilitadora.

Por supuesto que también este delito lo pueden cometer *perturbados sexuales* (disfuncionales y/o parafilicos o desviados: fetichistas, *voyeristas*) pero debe quedar en claro que estas perturbaciones sexuales por sí mismas, por lo menos en la inmensa mayoría de ellas, no están contempladas como

delitos contra la integridad sexual por el Código Penal vigente como el caso del pedófilo actuante.

La conducta sexual delictiva es una conducta concreta del individuo, expresión de su relación con la víctima en un lugar (espacio) y en una fecha (tiempo) determinados. Esto significa, desde el punto de vista individual, la dificultad del delincuente para aceptar la ley. En esta tarea, la sexología y la psiquiatría forenses pueden establecer los aspectos de la personalidad de cada delincuente y diferenciar un caso de otro al reconstruir, con la mayor exactitud posible, la génesis y dinámica del fenómeno criminal en particular.

En este trabajo se reflexionara sobre los delincuentes sexuales que presentan factores de riesgo de índole sexual, es decir, que presentan *perturbaciones sexuales cualitativas* (la pedofilia como desviación o parafilia) que condicionan directa o indirectamente las conductas delictivas.

Respecto a la gravedad de las parafilias se considera que depende del grado de actuación y del nivel de perturbación: *leve*, fantasía no escenificada; *moderada*, la imaginación en ocasiones se transforma en acción provocando conflictos sociales y ocupacionales; y *grave*; los impulsos se actúan como actos reiterados, apropiándose la parafilia del funcionamiento global del individuo.

Las *disfunciones sexuales* como *perturbaciones sexuales cuantitativas* (por ejemplo la disfunción erectiva), si bien pueden tener incidencias en las conductas delictivas de algunos individuos, presentan una frecuencia menor y menos significativa que las parafilias.

4. LA ETIOPATOGENIA DE LA PEDOFILIA COMO PARAFILIA

Los factores etiopatogénicos de la pedofilia comprenden tres grupos principales que afectan el desarrollo de la personalidad: el biológico, el medio ambiente y los factores mentales de integración y síntesis. Todos son importantes en la formación de una parafilia pedofílica.

Desde el punto de vista de la adquisición de las respuestas eróticas placenteras se debe tener en cuenta la predisposición de la personalidad, como factor genético, más las experiencias ambientales que da el aprendizaje. Existiría una condición predisposicional, de acuerdo al potencial de la personalidad, una especie de “tabla de arcilla” lisa y moldeable sobre la cual se marcarían “huellas” que serían las experiencias eróticas vividas por ensayo, azar o circunstancias, deseadas o no; y, que actuarían de allí en adelante como una relación “llave-cerradura” cada vez que se asocian ambas situaciones (circunstancia - predisposición al placer erótico), detonando la conducta sexual adecuada o inadecuada. Si bien las nuevas experiencias hacen “nuevas marcas”, las primeras siguen manteniendo la eficiencia erótica, respondiendo con idoneidad placentera a pesar del tiempo transcurrido.

La pedofilia se explica siguiendo ese patrón general. Las imágenes, fantasías, o comportamientos desviados serían producto de experiencias vividas sobre la base de una personalidad predisponente que provocaron, en su momento, un placer sexual que facilitó la reiteración de experiencias fijando un patrón de conducta erótico.

La interpretación freudiana de la sexualidad infantil y del papel que continúa desempeñando en el adulto, permitió conceptualizar a las “*perversiones*” como conductas infantiles anacrónicamente fijadas consecuencia de un desarrollo problematizado de la sexualidad infantil.

Las *perversiones* representarían placeres primitivos cuya exigencia es muy significativa. Esto supone la dificultad de despegarse de dichos sistemas de satisfacción. Es decir, que la “fijación” representa una elección primaria: la elección de la perversión como fenómeno anacrónico. El fracaso de nuevas experiencias sexuales que el individuo no pueda integrar, lo hace “regresar” hacia sus primeras experiencias. La regresión es el mecanismo que retropulsa al individuo hacia los sistemas primitivos de satisfacción.

El psicoanálisis considera que la neurosis es el reverso de la perversión. En la neurosis todos los síntomas se forman contra el sistema pulsional activo que no es aceptado por el yo (egodistonía). En la perversión, la conducta arcaica es asumida y deseada por el yo (egosintonía). El perverso tolera la perversión.

Money, (1989), en su libro “Mapas del amor vandalizado”, escrito con Lamacz, proponen un hipotético camino que debe tomar la mente del individuo para llegar al placer erótico sexual y a la satisfacción. Expone el concepto “mapa del amor” como una especie de inscripción o plantilla grabadas en el cerebro en la que se esbozan las actividades sexuales que preferimos. Tal acontecimiento se desarrolla en la infancia a través de las experiencias vividas en función del placer–displacer. Se cree que la

época más vulnerable gira alrededor de los cinco a los ocho años, luego las posibilidades de modificación se hacen difíciles o refractarias. Money considera que la supresión de los juegos sexuales preparatorios de la infancia podría impedir un desarrollo sexual sano. Algunas culturas temen que los niños sean expuestos tempranamente a la actividad sexual. El castigar estas conductas puede obstaculizar el desarrollo de un mapa de amor normofílico. Por consiguiente, el individuo adquiere un mapa del amor o plantilla mental erotosexual a través de las experiencias e imágenes mentales vividas donde las actividades gratificantes que provocan excitación y orgasmo de características parafílicas reemplazan a las normofílicas.

5. EPIDEMIOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PEDOFÍLICAS

El término parafilia designa un trastorno sexológico y/o psiquiátrico. La pedofilia es una parafilia que pueden ser consecuencia de diversos factores.

Un cierto número de pedofílicos son agresores sexuales. Es decir, padecen un trastorno psicosexual con características delictivas. Frente a un estímulo fuera de lo común, personal o socialmente inaceptable, real o imaginario, responden con un estado que consiste en la necesidad impulsiva de iniciar o mantener óptima la excitación erotosexual para alcanzar el orgasmo.

La paidofilia es de lejos la parafilia delictiva más común. Se estima que el 20% de los niños americanos han sido víctimas de abuso antes de los 18 años. La mayor

parte de los actos de abuso consisten en tocamiento genital o sexo oral. La penetración anal y vaginal no es frecuente a excepción de los casos de incesto.

La inmensa mayoría de los paidófilos son heterosexuales, pero si se toma en cuenta el porcentaje de homosexuales en la población general, se observará que existen más paidófilos entre estos últimos que entre los heterosexuales. Esto no implica que los homosexuales *per se* sean abusadores de niños, una idea errónea muy habitual. Por lo tanto, existen paidófilos heterosexuales, homosexuales o bisexuales, que se limitan sólo al incesto o no. Hay paidófilos exclusivos (atraídos sólo por niños) y no exclusivos.

Se observa también entre los paidófilos un 50% de consumidores de alcohol y se ha señalado que es frecuente que se hayan visto envueltos en situaciones de exhibicionismo, violación o *voyerismo*.

También es común observar que el abusador de menores es un pariente de la víctima. La mayoría de los abusadores están casados y tienen hijos propios y no todos son paidófilos en el sentido estricto.

Entre los individuos que presentan *perturbaciones sexuales cuantitativas* (disfunciones sexuales) es poco frecuente la conducta delictiva. No obstante, entre los disfuncionales erectivos suelen aparecer casos de violadores.

También se observan pedófilos disfuncionales con parejas adultas. En estos casos sólo a través de la parafilia compensan la disfunción, sobre todo erectiva. El menor les genera menos conflictos porque piensan que éste no evalúa su ren-

dimiento o capacidad sexual y así reafirman su masculinidad auto cuestionada. El abuso sexual desbloquea la impotencia de origen predominantemente psíquico al reafirmar la masculinidad a través de la agresión sexual, sobre todo cuando perciben el temor de la víctima.

Los pedófilos son personas que pueden tener familia, y algunos abusan también a miembros de la misma. Suele observarse que estos sujetos no tienen capacidad para cortejar o relacionarse con mujeres por ser sumamente insexuales, la impotencia parcial es usual. Algunos son homosexuales ocultos.

Las relaciones pedofílicas pueden ir desde tocamientos hasta la penetración vaginal o anal, en algunas ocasiones excepcionales llegan a asesinar a sus víctimas para evitar ser descubiertos. Esta forma parafilica se caracteriza más que por la excitación sexual, por el uso y abuso del poder. A pesar que su actividad rara vez supone la violencia, la sociedad los suele castigar con más severidad que a los violadores, que sí recurren a la violencia física.

Los pedófilos en general son adultos, del sexo masculino, que obtienen satisfacciones sexuales mediante un contacto físico y a menudo sexual con niños. Algunos investigadores opinan que es típico que los paidófilos conozcan personalmente a los niños que manosean, ya sea por ser un vecino cercano, o pariente.

A menudo el pedófilo se conforma con acariciar el cabello del niño, aunque también puede manipularle los órganos genitales y sugerirle que manipule los suyos, y me-

nos frecuentemente, intentar una intromisión. Estas conductas pueden repetirse por semanas, meses o años si no lo descubren otros adultos o lo denuncia el propio niño.

Los paidófilos pueden tender a ser rígidamente moralistas o religiosos. La mayoría de los paidófilos heterosexuales de mayor edad son o han estado casados alguna vez en su vida.

Investigaciones sobre la gravedad de la perturbación de los paidófilos y la edad de los mismos concluyeron que existen tres grupos: a) de edad adolescentes, b) de treinta y cinco a cuarenta años, y c) de cincuenta y cinco a sesenta años. El segundo es el grupo más numeroso. Se considera que a este grupo pertenecen quienes han sufrido grandes desajustes mentales y sociales, que incluye el alcoholismo, frecuentemente asociado con su conducta.

Se ha interpretado que en ciertos casos el impulso a abordar sexualmente a un niño refleja el sentimiento de haber fracasado en la vida adulta, social y sexualmente. Aunque un adulto predispuesto a la pedofilia puede ocasionalmente ser seducido por las inocentes y desinhibidas muestras de afecto de un niño; no es este quien infunde con su conducta las implicaciones sexuales que el paidófilo percibe y a las cuales responde. Se trata de una perturbación del objeto de la tendencia sexual, que es reemplazado por otro antinatural: fantasías o conductas que implican actividad sexual entre un adulto y un niño.

La pedofilia puede ser física o no, y va desde la exposición de los genitales y las conversaciones su-

gestivas al uso de material pornográfico, incesto y violación.

Se distinguen dos variantes en la pedofilia: la sentimental homoerótica y la agresiva heterosexual.

Los *sentimentales homoeróticos* tienen poco o ningún interés por las mujeres, toda su capacidad sexual se concentra en los niños, concretándose bajo la forma de caricias que le provocan el orgasmo.

Los *agresivos heterosexuales* intentan satisfacer sus impulsos con niñas, con métodos que van desde la seducción a la violencia, terminando, en contadas ocasiones, en homicidio sádico-criminal.

Otros estudios, respecto a los abusadores masculinos, han determinado: a) *los impulsivos*, que en alguna ocasión abusan a un niño y b) *los pedofílicos propiamente dichos*, cuya preferencia sexual son los niños. Éstos últimos suelen organizar muy bien sus andanzas, eligen cuidadosamente a sus víctimas a los que “entrampan”, y tratan de ubicarse en lugares adonde pueden tener fácil acceso a ellos (instituciones de cuidado infantil, colegios, entrenamiento deportivo, etc.).

Para los pedofílicos es esencial garantizarse el silencio de su víctima, a quien seleccionan y preparan, al mismo tiempo que neutralizar la capacidad del responsable del niño, si lo hubiera. Esto explica como personalidades socialmente respetadas en una comunidad pueden actuar los abusos sexuales durante años sin ser detectados.

Hay autores que distinguen dos categorías principales de *abusadores violentos*: *el impulsivo* y *el ritualístico*. El primero, suele actuar en

forma reactiva a la situación en que puede hallar a la víctima, la planificación de sus delitos es mínima o inexistente (al punto de no tomar precauciones para ocultar su acción). Es frecuente que presente una historia criminal de diversa índole de delitos entre ellos de violencia física, siendo sus intereses sexuales más bien generales. El segundo tiene una historia de parafilias diversas, planifica cuidadosamente los escenarios donde pueda llevar a cabo su compleja e intensa vida de fantasía, y despliega recursos muy desarrollados para proteger su identidad de abusador. Las mencionadas parafilias incluyen voyerismo, fetichismo y una larga serie de actividades e intereses de tipo sádico y masoquista.

Para el estudio de un caso se recomienda realizar un cuidadoso análisis de los distintos parámetros que caracterizan a estos dos tipos de individuos: los patrones de selección de sus víctimas, los patrones de conductas previas al delito, el tipo más probable de conducta ofensiva, los tipos de escenarios preferidos y los motivos subyacentes a la particular elección que hacen de sus víctimas.

La personalidad del agresor de mediana o mayor edad es el de un individuo solitario y con dificultad para establecer relaciones heterosexuales normales, suele tener baja autoestima, con pocos recursos para enfrentar situaciones de estrés.

Hay pedófilos que no presentan trastornos psicopatológicos. Sin embargo, se ha visto que dos tercios de los reclusos pedofílicos maduros llevaron a cabo esta conducta en momentos que sufrían situaciones estresantes.

No siempre sucede, pero las personas que fueron sexualmente abusadas en su niñez tienen la posibilidad de convertirse en pedófilas en la adultez. No se trata de una venganza, sino de un proceso a nivel inconsciente, incluso a veces relacionado con abuso de drogas.

En general, las instituciones y también las familias tratan de ocultar el problema. Incluso hay madres que protegen al esposo abusador de los hijos.

Entre los serios trastornos que puede dejar en las víctimas el abuso sexual infantil figuran: episodios de depresión aguda, conducta suicida u homicida, desórdenes adictivos, agudo sentido de culpabilidad, baja autoestima, severos episodios disociativos, conversión del abusado en abusador, negación a recibir terapia.

Tratar las parafilias es un reto para la psicoterapia, la psiquiatría, la criminología y otras disciplinas; la finalidad es que el paciente abandone la parafilia que hace daño a terceras personas como lo son la paidofilia, exhibicionismo, froterismo, voyerismo, etc. Muchos pacientes pueden ser ayudados a vivir más satisfactoriamente, alcanzando un mejor control consciente y auto disciplinado por medio de asesoramiento y de psicoterapia.

En algunos casos de pedofilia el tratamiento más beneficioso es la técnica de la desensibilización encubierta, en la que se asocian los factores estimulantes para el sujeto con situaciones aversivas que resultarían de la expresión de sus impulsos; al avanzar el tratamiento se entrena a los pacientes para que imaginen la atracción por mujeres adultas. Frecuentemente se

observa una disminución de la atracción hacia las niñas y una disminución aún mayor en la ansiedad producida por las mujeres.

Medicamentos como antipsicóticos, antidepresivos o anti-androgénicos han dado buenos resultados en algunos pacientes. En la mayoría de los abusadores violentos y agresivos el aislamiento social (cárcel) es lo único que evita que se siga dañando a terceras personas.

Las parafilias que no hacen daño a terceras personas, en donde ambas partes de la pareja lo disfrutan y están de acuerdo en llevarlas a cabo, no necesitan tratamiento alguno.

En síntesis: la mayoría de los pedófilos son hombres, en general menos agresivos que los violadores de adultos; muchos de ellos son alcohólicos o consumidores de drogas, o psicóticos, de mente torpe o asociales y su edad fluctúa entre los 30 y 40 años. Suelen ser individuos débiles, inmaduros, solitarios y llenos de culpa.

6. ALGUNAS REFLEXIONES MÉDICO-LEGALES

a) Sobre las características de los pedófilos

El estudio de las características de los pedófilos que realizan abusos sexuales de menores no ha permitido hasta el momento determinar algún carácter específico. No existe el perfil inequívoco del pedófilo, si bien se recalcan algunos antecedentes:

1) *Antecedentes de haber crecido en un ambiente hostil.* Haber crecido en un ambiente infantil no protector, de abandono o maltrato físico parece ser una característica

en algunos abusadores sexuales pedófilos.

2) *Trastornos de la personalidad.* Para otros autores los abusadores sexuales presentan alguna patología psíquica: inestabilidad, inmadurez, baja autoestima, etc., que tratan de superar a través de la agresión sexual.

3) *Conflictos de pareja.* También se pone énfasis en la presencia de problemas maritales, en el alejamiento sexual de la pareja y la violencia familiar. Es decir, se ha trabajado en la hipótesis de una confusión e inversión de roles entre los diferentes miembros de la familia como génesis de la abusividad sexual.

4) *Factores externos sobre una personalidad predispuesta.* Se argumenta que los abusadores sexuales son personalidades introvertidas, solitarias y con falta de apoyo social sobre los que se instalan factores externos desencadenantes como el alcoholismo o la adicción a drogas.

Un modelo teórico muy aceptado es el que trata de organizar los datos existentes de forma que pueda darse respuesta a cuatro preguntas:

1. ¿Por qué una persona encuentra congruente y emocionalmente gratificante la relación con un niño?

2. ¿Por qué una persona es capaz de ser activada sexualmente por un niño?

3. ¿Por qué una persona bloquea sus esfuerzos para obtener gratificación sexual y emocional de fuentes socialmente aceptadas?

4. ¿Por qué una persona no es di-

suadida por las inhibiciones sociales existentes contrarias a la relación sexual con niños?

Las tres primeras preguntas tratan de explicar porque ciertas personas sienten interés sexual por los niños y la cuarta porque tal interés se traduce en una conducta de abuso sexual.

Para que se produzca abuso sexual deben darse cuatro factores de manera simultánea o sucesiva: a) Congruencia emocional, b) Activación sexual por un niño, c) Bloqueo de las relaciones sexuales normales, d) Desinhibición comportamental.

La *congruencia emocional* puede ser explicada por la existencia de una importante inmadurez en los abusadores sexuales que los hace experimentar a sí mismo como niños, tener necesidades emocionales infantiles, y por lo tanto, deseo de relacionarse con niños. También se puede argumentar la baja autoestima y el sentido de ineficacia personal como factores generadores de la búsqueda de relaciones que les proporcionen sentimientos de poder, omnipotencia y control.

La *activación sexual con niños* se ha separado de la congruencia emocional al suponer que no se trata de cuestiones necesariamente relacionadas. Se supone que puede haber necesidades de relación emocional como las presentadas, que sean satisfechas de manera no sexual. Para que se produzca el abuso sexual infantil es preciso que la congruencia emocional se añada a un cierto nivel de activación sexual con niños.

El tercer factor es el *bloqueo de las capacidades* o posibilidades para satisfacer las necesidades sexua-

les con adultos. Los sentimientos de inutilidad personal, la conocida inadecuación interpersonal de muchos abusadores sexuales y un distanciamiento sexual en sus relaciones de pareja, estarían en la base de este tipo de bloqueo.

La *desinhibición comportamental* sería una condición necesaria para que las tendencias o impulsos explicados por los tres factores anteriores se traduzcan de manera estable o esporádicamente en actos de abuso sexual infantil. Se deben superar tres barreras: los inhibidores internos, los inhibidores externos y la resistencia o no aceptación de la víctima.

Entre los factores que permiten la desinhibición interna se deben citar la adicción a determinados tóxicos (alcohol, cocaína); la senilidad; el retraso mental; etc. La superación de los inhibidores externos se facilita si no se encuentra presente (física o psíquicamente) ninguna persona (por ej.: la madre) que pueda cuidar de la víctima.

Por último, es preciso que el abusador *supere la resistencia de la víctima* a través de la seducción, la amenaza o la agresión. En este sentido, un niño desprovisto, y por tanto necesitado, de apoyo, cariño y compañía estará en una situación de mayor riesgo para ser víctima de abuso sexual. Un niño sin ningún tipo de información sexual puede ser más fácilmente víctima de los engaños y la seducción de un abusador sexual.

Para que se dé el abuso sexual sería necesario que un sujeto experimente una cierta activación fisiológica, es decir, serían factores individuales y explicables a partir de las características psicológicas del sujeto o de su historia perso-

nal: del tipo de familia en que vive el sujeto, de aspectos culturales, de la situación general de vida del sujeto, etc.

El modelo presentado hace hincapié en abusadores fundamentalmente masculinos (95%). Sólo se ha observado un 5% de abusadoras femeninas, casi siempre a través de mecanismos como la predisposición intergeneracional, la relación maestra - amante alumno, o la mujer coercionada por un varón (por miedo al abandono).

b) Sobre el niño abusado

Se ha propuesto un *Modelo Dinámico de la génesis del trauma de abuso sexual infantil* que puede ser entendido desde cuatro componentes:

- a) Sexuación traumática,
- b) Pérdida de confianza relacional,
- c) Estigmatización,
- d) Sentido de pérdida o falta de poder.

Esta dinámica supone una alteración del funcionamiento emocional y cognitivo que puede llegar a distorsionar la visión de sí mismo, las relaciones, y el mundo en general.

La *sexuación traumática* se produce por la intrusión de intereses y conductas sexuales de un adulto en el desarrollo sexual normal de un niño. Estas conductas son inapropiadas para un niño y al ser recompensadas con frecuencia por los adultos pueden aprender a usarlas como estrategia para obtener beneficios o relacionarse con los demás, adquieren aprendizajes deformados de la importancia y significados de determinadas con-

ductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y ética sexual. Por último, la sexualidad del niño puede quedar traumatizada o gravemente afectada de numerosas formas.

Los abusos sexuales conllevan *una pérdida de confianza en la relación con el agresor*. Este puede ser especialmente conflictivo cuando existen relaciones familiares entre el agresor y la víctima. La víctima puede ser manipulada, herida, amenazada, etc., precisamente por quien era objeto de confianza. Esta ruptura de confianza en las relaciones se puede extender a toda la familia por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias, y extenderse también a todas las personas del sexo del agresor.

La *estigmatización* es sentida como culpa, vergüenza, envilecimiento, pérdida de valor, sentimientos que sólo a él / ella le ocurren lo peor, etc. La víctima se puede considerar marcada para el resto de la vida por las experiencias más traumáticas y considerarse distinta, desgraciada, marginada, etc.

Las víctimas, por último, pueden llegar a creer y sentir que lo que les sucede está fuera de su control, que no saben reaccionar ante las situaciones, en definitiva, *que tienen poco poder sobre sí mismos y sobre cuanto les sucede*. En este mismo sentido se pueden volver temerosos de lo que puede ocurrirles en el futuro, tomar actitudes pasivas y poco asertivas, ser retraídos socialmente, etc.

Los efectos a largo plazo descritos en numerosos estudios retrospectivos, relacionados con el haber sufrido abuso sexual son:

- a) Sentimientos de aislamiento,

marginalidad, baja autoestima, y de estigmatización, b) Depresión, ansiedad y trastornos neurovegetativos, c) Ideación suicida y conductas autodestructivas, d) Agresividad sexual, e) Fracaso escolar, f) Dificultad para establecer vínculos y mantenerlos, g) Participación sexual pasiva, automatizada y ausente (prestan el cuerpo).

Otra consecuencia que puede acontecer secundariamente a un menor abusado sexualmente son los *trastornos por estrés posttraumático* (TPET).

Esta patología, aceptada como un diagnóstico válido recién en la década pasada, es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que ha sido definido sobre la base de su etiología, y no simplemente a los síntomas fenomenológicamente considerados.

El rasgo esencial del trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático. El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, evitación persistente de los estímulos relacionados a él, embotamiento de la capacidad de respuesta, y síntomas persistentes de activación.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Habitualmente aparece como recuerdos recurrentes e intrusivos, o pesadillas recurrentes donde el acontecimiento vuelve a suceder, o estados disociativos que duran de pocos segundos a varias horas durante las cuales se reviven aspectos del suceso y la

persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. Hay tres aspectos “persistente”, “recurrente” y “perturbador”, así como la presencia de parálisis e hiperactividad después del trauma, que se debe considerar en el TPET.

Debemos recordar que durante mucho tiempo en las pericias de menores abusados se tuvo en cuenta el análisis de la realidad de Udo Undeusch, 1967, cuyos indicadores son los siguientes:

- a) Relato consistente en el tiempo (confrontación del relato en varias entrevistas),
- b) Conocimientos sexuales inapropiados para la edad,
- c) Descripción detallada acerca de personas lugares y tiempos,
- d) Relato de circunstancias típicas y características de abuso sexual,
- e) Relato de presión o coacción del agresor,
- f) Estructuración lógica del relato,
- g) Afecto congruente con el hecho relatado (vergüenza, retracción, culpa, etc.)

7. REFLEXIONES SOBRE LA OBSERVACIÓN DE FALSAS DENUNCIAS

Una pregunta que se impone en este tipo de denuncias es: “¿Cómo distinguir cuándo las declaraciones de niños, en casos de alegado abuso sexual, son verdaderas o falsas?”. Se han dado casos de denuncias de abuso sexual que luego se comprobó que no habían sucedido.

a. Las denuncias en sí mismas.

Padilla atribuye el aumento de falsas alegaciones, a que el abuso sexual era antes un secreto del cual la sociedad no hablaba y en los últimos tiempos se ha hecho “popular” como tema en los medios masivos de comunicación. Por lo tanto, la mejor manera de descalificar moralmente a alguien y sacarlo del medio en disputas por tenencia, visitas y alimentos y venganzas diversas, es acusarlo de abuso sexual, como antes lo hubiera sido de adulterio, consumo de drogas u homosexualidad, hoy estos motivos conmueven poco. En el Cuerpo Médico Forense se observó un aumento de este tipo denuncias coincidentes con la implementación de la ley de violencia familiar.

Estudios internacionales reflejan que hubo un aumento en el número de falsas alegaciones de abuso sexual impensable hasta hace poco. También éstas tienen efectos negativos sobre los niños, aun cuando después se pueda aclarar debidamente la situación, pues el vínculo con el progenitor acusado puede quedar irremediablemente dañado por el sufrimiento vivido.

Frente a la denuncia es recomendable preguntarse:

- a) si el niño fue abusado de la manera que se está denunciando;
- b) si fue abusado pero por otra persona diferente al que se acusa;
- c) si alguno de los padres está interpretando equivocadamente los usos y prácticas normales que se llevan a cabo como parte del cuidado e higiene de un niño,
- d) si alguno de los adultos puede querer obtener un beneficio secun-

dario, por ejemplo, la tenencia completa.

Estas preguntas no le restan valor al testimonio de los niños. Por supuesto la actitud inicial frente al relato infantil debe ser la de creerle.

Frente a este dilema hay que distinguir, el papel que corresponde a los tribunales de justicia, de la actividad del terapeuta como tal. En los países experimentados en el tema, no todo material recogido en el ámbito terapéutico es tomado como prueba en los procesos. Si las entrevistas de propósito diagnóstico han tomado el giro de “terapéuticas”, tal el caso de los entrevistadores que ven al niño diez o veinte veces con el fin que éste vaya develando el abuso, el material es desechado por la sencilla razón que no tiene valor probatorio alguno.

Durante bastante tiempo se ha sostenido que los relatos no verídicos rondaban el 3 al 4% de los casos. Otros elevan esa cifra al 10%. Una investigación efectuada en Denver sobre 576 casos, arrojó que un 6% de las acusaciones eran falsas y basadas en mentiras deliberadas; y, un 17% no eran verdaderas, aunque basadas en errores de buena fe; en total, un 23% de situaciones no verdaderas.

b. La memoria infantil

La memoria humana es constructiva y selectiva, esto es, no existe un registro como el obtenido por un grabador o un video cámara. Esta memoria, llena de los baches más diversos, puede variar y ser “rellenada” por la influencia de factores diversos, y todos sabemos lo difícil que nos resulta reconstruir un hecho del que hemos sido tes-

tigos y de la multiplicidad de relatos distintos que en estas situaciones se pueden recabar.

En *los niños*, en particular los más pequeños, la memoria funciona en cierto sentido en forma similar a la de los ancianos: los hechos se borran con mucha facilidad y si se insiste desde una posición de poder e influencia es posible, muchas veces, rellenar el hueco con otros “sucesos” que se quieran instalar como reales (co-construcciones).

Los niños pueden, y de hecho lo hacen, mentir con diversos propósitos. Por ejemplo, para evitar una reprimenda, para parecer más importantes o para guardar un secreto en un juego. Pero, también está comprobado que los niños menores de siete son incapaces de inventar una historia con el propósito deliberado de perjudicar a un tercero.

De esta manera, cualquier historia falsa de abuso sexual no ha sido inventada por el niño pequeño, ni es el resultado de una mentira propia. Ha sido instalada en la mente infantil por uno o más adultos. Y, no es infrecuente que a esto se hayan prestado, sin quererlo, los profesionales llamados a intervenir, especialmente si se encontraban predispuestos a comprobar que el abuso existió o si por motivos emocionales se abanderaron a favor de una de las partes.

Una vez instaladas como memorias ciertos hechos que no sucedieron, el niño los sostendrá como tales. Inversamente y con similares procedimientos, en algunos casos se puede lograr que hechos reales sean borrados, y el niño asegurará que no ocurrieron.

Si además ese niño fue convencido

de que se está defendiendo una causa justa, que su rol es protagónico, que de sus declaraciones depende que un “malvado” sea encarcelado y que cese el peligro de la venganza que éste se tomaría contra él y la madre, en caso de quedar libre, se logra que el supuesto abusado lleve, ante quien lo quiera escuchar, una historia de la perversión del adulto en cuestión.

La convicción del niño en el que se co-construyó una historia no verídica es de tal naturaleza que se hace imposible, aún para profesionales bien entrenados en el tema, discernir si los hechos realmente sucedieron o no,

Incluso el “tono emocional” de la narración, que serviría para discernir si la historia es verdadera o inducida, en los casos en que ha habido una co-construcción será la coherente con la convicción de un niño que ha sido efectivamente objeto de actos malvados por parte del adulto.

Se ha llamado la atención sobre una de las pocas señales que pueden ser útiles, en lo que al relato infantil se refiere, y es cuando al niño se le pregunta sobre hechos bien concretas, por ejemplo: la erección peniana o penetraciones. Si los hechos invocados no sucedieron, el supuesto abusado elude ese tipo de información o le resulta desconocida.

En síntesis, si una persona adulta y con influencia sobre un niño lo induce a tomar como ciertos hechos que no acontecieron, una vez establecida esa construcción en su mente el niño actuará y hablará con la mayor convicción de que está en lo cierto. Más si los relatos son repetidos a través de un tiempo

suficientemente prolongado y si son reforzados por entrevistas a cargo de algún equipo profesional. El niño ni miente ni fabula adrede, sino que estará convencido del hecho. Tan convencido puede llegar a estar que puede ser difícil conseguir que se rectifique, aún si se le demuestra que los hechos no sucedieron.

La primera forma de inducción de un adulto puede provenir de una re-definición de un acto que en sí mismo es inocente. La madre puede preguntar: ¿Tu papá te tocó la cola alguna vez?, lo que realmente pudo haber ocurrido al higienizar al niño. Pero, por el tono del que pregunta, éste puede entender: “papá me tocó y eso se ve que no está bien”. El niño se defenderá diciendo: “yo no quería, pero él lo hizo igual”. Ante nuevas preguntas no es infrecuente que “adorne” con más información en el sentido de lo que él percibe que el adulto quiere oír.

c. Denuncias y situación familiar

Existen seis veces más acusaciones de abuso sexual en familias en las que hay disputas de divorcio, tenencia y visitas que en las que esto no ocurre.

Otra cuestión es *¿el niño habló primero sobre el tema con un tercero (maestra, amigo, pariente) antes que con la madre, por caso?* La mayoría de los casos falsos provienen de madres que hablan de lo que el hijo les “habría” hablado.

Cuando existe una disputa parental, cuanto más intensa sea más probabilidad hay que los niños sean involucrados y que comiencen a mostrar signos de trauma emocional y desórdenes de conducta.

Si esto ocurrió, será difícil para el evaluador discernir cuánto de esto es debido a la disputa y cuánto a posible abuso sexual. Todo esto remarca la prudencia con que se deben elevar los informes periciales al tribunal recomendando que se mencione explícitamente esa dificultad. El no hacerlo puede constituir una falla ética.

Se ha observado en la dinámica familiar en casos de abuso, que hay madres que les cuesta muchísimo aceptar que el cónyuge haya abusado sexualmente a sus hijos. En la vereda de enfrente se encuentran las que les resulta muy fácil aceptar esta posibilidad, aunque no sea cierto.

Otras madres pueden percibir en forma distorsionada señales afectuosas como besos y abrazos, por ejemplo entre una niña y el padre cuando se encuentran o se despiden, como expresiones sexuales, y de allí en adelante ponen en marcha mecanismos para impedir los encuentros e influir en los “recuerdos” infantiles.

Se debe reparar también en el tipo de personalidad del progenitor que tiene la custodia y que motoriza la denuncia: si bien pueden no manifestar indicadores de enfermedad mental, por ejemplo delirios, no es infrecuente que muestren personalidades de tipo paranoide, histriónica y manipulativa, o con tendencias “borderline”.

Otro dato a tener en cuenta es qué actitud inicial asumió el adulto que recibió el primer relato infantil. Estas reacciones se deben evaluar con todo cuidado pues pueden orientar sobre si se pudo desarrollar un proceso de construcción, primero en el mismo adulto y luego desde éste en el niño, co-construcción.

d. El entrevistador y la pericia

Otro recaudo a tener presente es la calidad y la preparación del entrevistador a cargo del diagnóstico. Éste debe tener un entrenamiento especial en interrogar a niños sobre la ardua cuestión de si el abuso existió o no. Es perentorio, además, que el entrevistador tenga una extensa práctica previa en el contacto con niños sin historias de abuso. Las entrevistas para diagnosticar este tipo de delitos no resultan fáciles, por empezar porque es muy fuerte la carga emocional que conllevan.

También es fundamental que la persona que interroga no tenga un especial empeño en “descubrir o develar” abusos sexuales: debe ser lo más neutral posible y abierta a que los hechos invocados quizás no sucedieron.

Este es uno de los motivos que hacen casi imprescindible que sean grabadas, preferentemente con medios audiovisuales, y que se realicen con la presencia simultánea de otro profesional, ya sea en el mismo recinto o en cámara de Gesell. Los registros obtenidos servirán para evitar que el niño sea interrogado por varias personas diferentes en múltiples ocasiones, con lo cual, por un lado se disminuirá la carga traumática que las repeticiones conllevan para el niño, la contaminación del material y con ello la continua re-instalación en el niño de los hechos invocados. Además permitirá reexaminar junto a otros colegas cuántas veces sea necesario, el material obtenido.

Otra zona de riesgo es la exposición de las conclusiones frente a los Tribunales. Puede ocurrir que un entrevistador exprese alguna interpretación de los hechos, que puede ter-

minar siendo una prueba en el proceso judicial. En ese caso no es difícil caer en poderosas subjetividades, sobre todo si el entrevistador está predispuesto a ver a alguien como el que “seguramente” ha cometido un acto delictivo. De allí la importancia de utilizar referencias estadísticamente probadas al momento de comparar indicadores, o informar que no existen datos que permitan afirmar o negar la relación con el hecho. A diferencia de lo que ocurre en el ámbito clínico, en el cual la interpretación puede arrojar una luz nueva en el proceso terapéutico, en la práctica pericial su utilización es poco prudente. Se dice que Freud, con su profundidad y agudeza, lo advirtió cuando dijo que un cigarro es un símbolo fálico, pero muchas veces es sólo un cigarro; mientras pitaba con fruición el suyo.

El mismo recaudo se debe observar cuando se evalúan los dibujos y juegos de los niños en las entrevistas: mucho material interpretado como indicativo de abuso sexual lo fue porque no se tuvo en cuenta el contexto general en que el material fue obtenido, esto es, el grado de la influencia de adultos y la co-existencia de “entrevistas oficiales” de juegos y dibujos con los efectuados “extraoficialmente” en casa por algún progenitor.

Demás está decir que un experto debe tener bien presentes observaciones tales como que el 50% de los niños no abusados cuando juegan con muñecos anatómicamente correctos introducen un dedo en la abertura anal o vaginal de la muñeca y que la mayoría de ellos tomaron al muñeco de su pene para revolverlo. También se describió que muchos de los signos indicadores de abuso, incluso conocimientos sexuales inapropiados para la edad, aparecen en niños no abusados,

cuando han sido sometidos a repetidos interrogatorios sobre el tema; y, que no existe diferencia significativa en la frecuencia de dibujos de genitales en niños abusados de niños no abusados.

En resumen: si ha habido una co-construcción de una falsa memoria, los dibujos, juegos y actitudes del niño pueden mostrarse similares a los que se obtienen de niños que realmente han padecido abuso. Asimismo, hay que tomar especiales recaudos cuando la sintomatología presente pueda corresponder a estados post traumáticos por divorcios o disputas entre los padres. No existen signos “patognomónicos” y es una obligación ética que los peritos adviertan de esto al tribunal.

Cuando los interrogatorios son más de uno o dos, la certidumbre de los resultados se desvanece a medida que aumenta el número. Las entrevistas repetidas y las reiteradas preguntas incrementan el riesgo de contaminación, más si los entrevistadores están inclinados a encontrar el abuso.

Es imprescindible distinguir entre entrevistas terapéuticas y entrevistas diagnósticas con fines judiciales. Se diferencian en el propósito, en el número y en la actitud del terapeuta o del entrevistador. El argumento tiene que ver con la evidencia científica de que un profesional “convencido” de que los hechos sucedieron, casi siempre tenderá a obtener del niño respuestas que avalen su creencia.

8. CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICAS SOBRE LAS PERICIAS MÉDICAS LEGALES

Para arribar a los conceptos clíni-

cos de enfermedades y / o trastornos se debe tener en cuenta una investigación semiológica a través de los estudios de los síntomas (lo subjetivo) y los signos (lo objetivo) que nos permita llegar a definir un síndrome, es decir, el conjunto de síntomas y signos que nos permita hacer un diagnóstico presuntivo de un trastorno o enfermedad. Esto sería “lo que ocurre”.

Para saber “por qué ocurre” debemos investigar la etiopatogenia del trastorno mental, esto es, las causas (etiología) y los motivos (patogenia) que lo producen. Sabemos que son pocos los trastornos mentales que pueden adjudicarse inequívocamente a una causa específica. Toda patología no depende sólo de los factores patógenos, sino también del medio en que está inmerso el paciente (familia, sociedad, institución, factores climatológicos, medio ambiente y educación). Son pocas las patologías certificadas como unifactoriales, por ejemplo, las alteraciones cromosómicas o la sífilis, entre otras. Por lo tanto, la inmensa mayoría tienen un origen multifactorial. Intervienen factores biológicos prenatales y postnatales; familiares, ambientales, culturales, e incluso las creencias.

De lo anterior se colige que los diagnósticos en medicina tienen la certeza y la incertidumbre que le brinda la ciencia estadística. En efecto, al no ser una ciencia exacta, la medicina basa sus aseveraciones en la probabilidad.

Si bien esta aclaración puede sembrar la duda, el médico que es el encargado de dilucidarla, se ha perfeccionado brindando un grado de validez adecuado con un método que tiene su origen en la época hipocrática.

La dificultad del diagnóstico, en la mayoría de los casos, no surge del desconocimiento de los síntomas y de los signos que definen un determinado trastorno, sino de la recolección apropiada de la información o del análisis de la misma.

La psiquiatría, por ser una rama de la medicina, utiliza los mismos métodos que la clínica en general. En efecto, para la clínica psiquiátrica la historia vital del sujeto, el devenir y la modificación de sus conductas y/o ideas, resulta esencial ya que los signos y síntomas que pueden detectarse en un corte transversal de la vida del mismo (el aquí y ahora) pueden tener distintos orígenes. Por ello, para arribar a ciertos diagnósticos es necesario esperar el decurso de la enfermedad. De manera tal que los psiquiatras de fuste tienen en cuenta el valor de poner *diagnósticos presuntivos* no por ignorancia técnica sino porque, por saber la importancia que tiene la evolución de un cuadro mental, antes de emitir un diagnóstico de certeza, observan las modificaciones que experimenta en el tiempo.

El diagnóstico psiquiátrico presenta aún más dificultades cuando la persona “refiere” síntomas que no modifican la conducta. Es decir, el psiquiatra “oye” pero no “ve” lo que el paciente dice.

Si la psiquiatría clínica presenta las dificultades mencionadas en el ámbito asistencial, más aún cuando se aplica al *ámbito forense penal*. El paciente que es visto en el ámbito asistencial concurre al psiquiatra “para confesar” lo que le sucede. Tiene las dificultades y limitaciones propias que le permiten el miedo, la vergüenza, el desconocimiento, etc., pero con la convicción “de colaborar” en el discer-

nimiento del problema que lo lleva a la consulta.

La situación no es la misma cuando el paciente “no va a la consulta” sino que “lo llevan” terceros, que son los que observan las dificultades, aunque generalmente sus puntos de vista no son compartidos o aceptados por el enfermo. Entonces el diagnóstico puede hacerse más difícil.

La colaboración del paciente facilita el examen, salvo que con su participación busque distorsionar lo que le sucede *ex profeso* en búsqueda de un beneficio secundario.

En el ámbito forense las dificultades para arribar a un diagnóstico psiquiátrico pueden aumentar ya que la persona que debe ser peritada no concurre voluntariamente, sino por instancia judicial, por lo tanto, habitualmente, va mal pre-dispuesta.

Durante la pericia puede intentar colocarse en la mejor situación posible respecto al problema que lo involucra. Entonces puede simular, disimular o sobresimular, cuando no mentir, deformar o magnificar su estado, siempre atrás de un beneficio real o imaginado; ya sea para demostrar que no pudo cometer el acto que se le imputa, o que al momento del hecho su psiquis no se encontraba normal, desde un punto de vista médico legal.

Al psiquiatra se le pide establecer una correlación entre el estado de las facultades mentales y la conducta disvaliosa. El diagnóstico es relativamente fácil cuando resulta obvio que el síntoma o el signo es el sustento de la conducta, y cuando el síntoma y/o el signo y la conducta convergen en un mismo sujeto. Por ejemplo, delirio y agresión,

síndrome demencial y falsa denuncia, etc.

Es diferente cuando al psiquiatra le preguntan si el imputado pudo realizar un acto disvalioso no asociado a un signo, síntoma o síndrome. En este caso el sujeto no presenta indicadores de patología psiquiátrica. Es decir, se encuentra dentro de la población “normal” desde un punto de vista médico-legal, si bien puede no ser normal desde el punto de vista clínico asistencial.

Frente a la última posibilidad no es mucho lo que puede aportar el psiquiatra. Por más que una persona posea una personalidad con ciertos rasgos que puedan correlacionarse con cierta conducta delictiva, no por ello tuvo que haberla realizado alguna vez, o en la ocasión que se le imputa. Recordemos que la predisposición no es determinante. El estudio de la personalidad, obtenida con métodos clínicos y mediante pruebas, ayuda al perito a conocer la intimidad de la persona que tiene delante, pero jamás deben utilizarse como argumento decisivo en un conflicto jurídico.

Bajo ciertas circunstancias se pone al perito ante la encrucijada de tener que utilizar en el análisis pericial el método heurístico (búsqueda o investigación de documentos o fuentes históricas) y además a veces también el hermenéutico (instrumento de las ciencias naturales para la comprensión de los hechos). Por lo tanto debe analizar a través de los estudios de terceros la conducta del imputado, o la víctima. Estas pericias, si bien tienen la limitación de la falta de contacto con la fuente, permite que el psiquiatra se coloque en una situación de privilegio ya que puede en

forma holística observar el devenir histórico que determinó un hecho, y no sólo los efectos circunstanciales en un determinado aquí y ahora (corte transversal).

El concepto de normalidad.

Desde la perspectiva psicojurídica corresponde a un estado de las facultades mentales que, desde el punto de vista penal, permite al sujeto comprender la criminalidad de un acto y dirigir sus acciones; y desde el punto de vista civil, requiere que el sujeto tenga capacidad para dirigir su persona y administrar sus bienes. En ambos fueros, independientemente que pueda presentar alguna alteración psicopatológica detectable a través de la clínica psiquiátrica.

El psiquiatra forense se encuentra con estas dificultades cuando realiza una pericia sexológica.

Así, la pedofilia se convierte en delito cuando se actúa la tendencia. El placer, sea por razones cualitativas o cuantitativas, mueve a la voluntad para que salte la barrera de lo aceptado por la sociedad. Es un acto voluntario.

Para alcanzar la satisfacción del placer, las personas “normales desde el punto de vista psicojurídico”, recurren al engaño, al aislamiento psíquico y físico de la víctima, es decir ponen su inteligencia al servicio del placer. Recurren o crean el ambiente necesario para lograr el fin.

Cuando se ve acusado, el sujeto se protege inteligentemente. ¿Cómo puede descubrir el psiquiatra esa diferencia cuanti o cualitativa si el interesado no lo expresa? ¿Cómo, si del examen clínico

psiquiátrico no surgen indicadores de trastornos mentales que hagan sospecharlo? ¿Acudir al psicodiagnóstico como en las pericias de filiación se recurre a la comparación de muestras de ADN para determinar la paternidad?

En dicho estudio se comparan dos o más muestras. Tiene una probabilidad de certeza cercana al 100%. En la obtención de las muestras no interviene la voluntad del sujeto. La confiabilidad depende de la técnica de determinación. El resultado es una “prueba” cierta.

No se justifica que el individuo se niegue a que le tomen una muestra si es inocente, porque la posibilidad de error es casi despreciable y se puede repetir en él, cuantas veces sea necesario.

9. COROLARIO

De todo lo expuesto y a manera de síntesis se puede decir que, en la peritación de adultos presuntos victimarios de abuso sexual de menores, se han examinado tanto sujetos parafilicos pedófilos como individuos considerados “normales” desde el punto de vista psico-sexológicos. De manera tal que cualquier individuo puede estar en condiciones potenciales de ser un abusador sexual.

El individuo con tendencia o inclinación parafilicas no necesariamente tienen que ser por ello abusador sexual, en tanto y en cuanto no cometa un delito sexual. Hay que recordar que las tendencias predisponen pero no determinan, hecho importante al momento de

emitir un dictamen o al testimoniar frente al tribunal.

A su vez se debe saber que los menores abusados existieron y existen, tanto por parte de victimarios extrafamiliares como intrafamiliares; pero también, al momento de realizar la pericia médico legal hay que tener presente que la falsa denuncia es posible, sobre todo cuando las causas que se alegan tienen como presuntos abusadores a personas en un ámbito familiar con conflictos.

Por último, se debe recordar la dificultad del perito para poder responder los puntos de pericia que se le proponen, a propósito de la causa a investigar. Cada caso es el caso, hay que desprenderse de preconceptos, de estadísticas y de criterios para examinar lo más objetivamente posible al sujeto que se presenta, pues no existen certezas sobre la conducta sexual humana que es impredecible.

El abordaje del presunto victimario a través del examen clínico psiquiátrico-sexológico presenta las dificultades propias de toda persona que debe ser peritada y no concurre por propia voluntad, sino a instancias judiciales, por lo tanto mal predispuesta para ser entrevistado psiquiátricamente. En el ámbito forense las dificultades para llegar a un diagnóstico psiquiátrico sexológico son mayores que en el ámbito asistencial. De manera tal que el perito debe actuar con la humildad que le exigen las circunstancias y dejar de lado la omnipotencia de pensar que sus conocimientos y su técnica le brindan siempre conclusiones inequívocas.