



INTERPSIQUIS 2023

XXIV CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

CURSO

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

INTRA-FAMILY CSA: EFFECTS OF THE TESTIMONIAL STATEMENT OBSERVED IN THE PROFESSIONAL CASUISTRY

Autor: Ana María Martorella

Médica Pediatra Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil

amartor@intramed.net

abuso sexual infantil, declaratoria testimonial, revictimización.

child sexual abuse, testimonial statement, revictimization.

RESUMEN

Una revisión bibliográfica internacional sobre signos y síntomas de abuso sexual infantil (ASI), consultada en bases de datos fiables, permite conocer las características de vulnerabilidad psicofísica de los menores víctimas de ASI y las secuelas del trauma inmediatas, mediatas y a largo plazo, que afectan sus esferas emocional y cognitiva, su desempeño académico y social, especialmente cuando es intrafamiliar. La información sobre temas relacionados con los procesos judiciales que afectan a tales víctimas, el trastorno por estrés postraumático y los aspectos neurobiológicos observados en dicha población infanto juvenil, permite

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

fundamentar las variables investigadas en este trabajo. Estos datos facilitan la comprensión de las necesidades de las víctimas, durante las instancias judiciales y la recolección de las pruebas, y orientan las conductas a seguir para proteger su integridad psicofísica y evitar su revictimización. Un estudio cuali-cuantitativo de casos servirá para corroborar el tipo de intervenciones llevadas a cabo en un Departamento Judicial de Mar del Plata, y sus efectos en los menores. Se consideran diversas variables y se grafican los resultados de las observaciones de una muestra de pacientes infanto juveniles víctimas de ASI intrafamiliar (n=11). La población estudiada en esta muestra incluye menores que han sido asistidos entre los años 2000 y 2017. Los gráficos muestran los resultados estadísticos de las características de las víctimas consideradas en esta muestra, junto a observaciones sintomatológicas posteriores y previas a la declaratoria testimonial, comparadas según el sexo, y con el grupo control de menores que no asistieron a dicha instancia judicial.

ABSTRACT

An international bibliographical review on signs and symptoms of child sexual abuse (CSA), consulted in reliable databases, allows us to know the characteristics of psychophysical vulnerability of minor victims of CSA and the immediate, mediate and long-term sequelae of trauma that affect their emotional and cognitive areas, their academic and social performance, especially when it occurs inside the family. The information on issues related to the judicial processes that affect such victims, post-traumatic stress disorder and the neurobiological aspects observed in this child and adolescent population, allows to base the variables investigated in this work. These data facilitate the understanding of the needs of the victims, during the judicial instances and the collection of evidence, and guide the behaviors to be followed to protect their psychophysical integrity and to avoid their re-victimization. A qualitative-quantitative study of cases will serve to corroborate the type of interventions carried out in the Judicial Department of Mar del Plata, and its effects on minors.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Several variables are considered and the results of the observations of a sample of child and adolescent patients who are victims of intrafamilial CSA (n=11) are graphed. The population studied in this sample includes minors who have been assisted between 2000 and 2017. The graphs show the statistical results of the characteristics of the victims considered in this sample together with symptomatological observations after and prior to the testimonial statement, compared according to the sex, and with the control group of victims who did not attend that judicial instance.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, se propone corroborar los mismos en algunos de los niños, niñas y adolescentes (NNA), en cuyos casos se ha intervenido profesionalmente, desde la especialidad médica en psiquiatría infanto juvenil.

Con el objeto de fundamentar los hallazgos observados en la casuística incluida en este artículo, se realiza una breve revisión bibliográfica de la signosintomatología psiquiátrica y psicósomática habitualmente descrita en las víctimas infantiles y adolescentes de abuso sexual infantil. A partir de ellos, se podrá demostrar la evolución de los mismos una vez que las víctimas han transitado en las diversas etapas del proceso judicial, en cuanto a la remisión, persistencia o exacerbación sintomatológica, de acuerdo a los datos anamnésticos recolectados de las historias clínicas y el registro semiológico de cada NNA en particular. Dichos datos han sido volcados en tablas y gráficos estadísticos descriptivos, junto a algunas narrativas singulares que aportan a la mejor comprensión de la hipótesis que se intenta comprobar en esta investigación.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

HIPÓTESIS DE PARTIDA

A la luz de los aportes de las neurociencias, desde la última década del siglo XX, que demuestran afectación morfológica y funcional de regiones del Sistema Nervioso Central (SNC) como son la amígdala, el hipocampo, el lóbulo temporal y la región frontal supraorbitaria, en el hemisferio izquierdo de los individuos que han padecido Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), se propone la hipótesis de que los NNA víctimas de ASI y que, a su vez, han sido expuestos a situaciones testimoniales en los diferentes estrados judiciales, presentan mayor probabilidad de manifestar signo-sintomatología psíquica patológica, que aquellos cuyos terapeutas declararon en su representación.

Los trastornos observados, en los menores víctimas de ASI sometidos a la experiencia judicial testimonial, demuestran marcado fracaso de sus mecanismos de defensa que los llevan a fragmentación y/o escisión de sus funciones Yoicas asociado al Síndrome de Estrés Postraumático, que estas experiencias jurídicas provocan, tales como patologías psicosomáticas y psíquicas, que ponen en riesgo su vida y la de terceros.

Debido a que el ASI se manifiesta con signo sintomatología correspondiente al TEPT, entonces, la evocación de los detalles de la agresión, requerida durante los testimonios en las audiencias judiciales, conduciría a la víctima a la re-experimentación del trauma, síntoma patognomónico de este síndrome, como indicador del sufrimiento padecido.

Se sabe de las dificultades psíquicas para elaborar los recuerdos y las emociones asociadas por parte de las víctimas, aún más por aquellas más vulnerables por ser biológica y emocionalmente inmaduras.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

El desconocimiento por parte de muchos de los actores del Poder Judicial acerca de las características emocionales y evolutivas de las víctimas menores y los efectos en su psiquismo, tanto de la propia agresión recibida como de la re-evocación de la misma, en un ambiente desconocido, con personas con las cuales no ha establecido vínculo de confianza previo, justifica la investigación propuesta en este trabajo a la hora de proveer evidencia, que avale la creación de otras estrategias de intervención judicial, como material probatorio del ASI y en la identificación del victimario.

INDICADORES DIAGNÓSTICOS

Es fundamental recordar que, cuando se trata de ASI, inicialmente se debe considerar sólo la sospecha del mismo hasta obtener la certeza, a través de los estudios médicos, sociales y psicológicos, teniendo en cuenta que ningún indicador “ni físico ni psicológico, por sí mismo y fuera de contexto, puede confirmar o descartar de forma certera un abuso” (Cartagena Pastor et al., 2016, p. 171).

La exploración genital frecuentemente es normal o los hallazgos no son específicos, sobre todo si el abuso no es frecuente. Por ello, es fundamental establecer protocolos, que incluyan la valoración médica, social y psicológica. En la mayoría de los casos, el examen físico es normal. En primer lugar, porque muchos tipos de abusos no incluyen penetración y no producen lesiones, y, en otros casos, porque la penetración puede no dejar lesiones o indicios, bien porque no exista eyaculación o bien porque no ha lesionado el esfínter anal o el himen. Hay que tener en cuenta que el esfínter anal es elástico y con lubricación y cuidado puede no dejar lesiones, y por otra parte también el himen es elástico y la introducción del dedo o el pene si la chica es mayor puede no dejar lesión (o solo un alargamiento) (Cartagena Pastor et al., 2016, p. 171).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Entre marzo de 1995 a marzo de 1996, Onostre (2000) ha realizado un estudio en ONAMFA, ciudad de El Alto, en base a 140 denuncias de ASI, de las cuales sólo 86 casos cumplían criterios de inclusión.

Las edades de las víctimas variaron de 3 a 18 años (promedio: 10,3 años). Predominó el sexo femenino (95%) afectando principalmente al grupo de preadolescentes. La mayoría pertenecían a familias disfuncionales y la agresión sexual ocurrió en su domicilio (54,6%). El tío fue el principal agresor intrafamiliar, vecinos y extraños en el extrafamiliar. El examen físico fue normal en 51% y anormal en 49% de las víctimas. Se encontraron lesiones genitales (44,2%), lesiones anales (4,7%), embarazos (11,7%) y enfermedades de transmisión sexual (9,3%). Las lesiones genitales fueron: ausencia del himen (15%), laceraciones por desgarros (18,6%), himen atenuado (3,5%) y cicatriz en himen (7%). Las lesiones anales fueron: equimosis (1,2%), fisuras (2,4%) y cicatriz (1,2%). En la piel se encontraron lesiones físicas asociadas a la agresión sexual en el 23,3% (sugilaciones, equimosis por mordeduras, fracturas óseas y alopecia por arrancamiento). Fueron considerados violación un 35 % de los casos, abusos deshonestos un 51% y estupro 14% (Onostre, 2000).

Onostre (2000) observó, así mismo, 19,8% de casos de incesto y empleo de sobornos (76,6%) por parte del agresor, para asegurar el silencio de sus víctimas. Por su parte, Nuñez de Arco (2014) ha recolectado datos de agresión sexual “en sexo masculino, con un 15 % de indemnidad en pliegues anales” (p. 194).

Cartagena Pastor et al. (2016) consideran que el ASI suele ser la causa más frecuente de enfermedades, lesiones o trastornos, como ser las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la etapa prepuberal y conductas sexualizadas inadecuadas para la edad del niño o la niña. Pero, la confirmación del abuso sexual, sin antecedente previo de otras causas, se alcanza cuando se observa rotura de himen prepuberal o de esfínter anal.

Para Juarez (2014), es esperable observar sintomatología traumática en los NNA víctimas de ASI, aunque Echeburúa et al. (2002, 2007) consideran tanto las variables facilitadoras del trauma como los factores de vulnerabilidad.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Un aspecto esencial en nuestra evaluación será conocer los antecedentes psicopatológicos del menor y su familia, tanto para conocer su posible incidencia en la presencia futura de diferentes cuadros psicopatológicos, como en la valoración de su correcta terapéutica en el momento presente, es decir, conocer si ahora ya ha sido tratado y elaborado cualquier síntoma previo (Juárez, J., 2014, p. 168-169).

La exposición a traumas previos acumulados condiciona la construcción de la personalidad de los NNA (Juárez, 2014) y síntomas tales como agresividad; ausencia de habilidades sociales; déficit en el área afectiva; dificultades para vincularse y establecer apego; inmadurez; tendencia a interpretar como amenaza la ayuda externa; carencia de empatía; indefensión aprendida y sentimiento de derrota frente a nuevas tareas; baja tolerancia al fracaso y/o la frustración (Espinosa et al., 2003). La gravedad y el pronóstico de dicha sintomatología dependerá de la presentación única o crónica del abuso sufrido, como así también de su intensidad. “El maltrato físico siempre comporta un componente psíquico de carácter intrínseco; y, por otro lado, que la asociación de la violencia y el daño físico al abuso y agresión sexual comportan también un elemento diferenciador” (Juárez, 2014, p. 169).

“La necesidad de buscar culpables y/o obtener explicaciones de las razones que llevaron a sufrir el maltrato y/o abuso, puede convertirse en una tortura que debemos detectar para manejar terapéuticamente” (Juárez, 2014, p.169), por constituirse en un factor continuador del trauma y favorecer la vulnerabilidad de las víctimas y el desarrollo de estrés postraumático. Todo ello dependerá de “la fragilidad emocional previa, posible historia anterior de sucesos traumáticos, existencia de una psicopatología familiar, presencia de reacciones disociativas durante el suceso traumático, inexistencia de una red de apoyo familiar y social, el estilo de afrontamiento (junto con la resiliencia)” (Juárez, 2014, p.170).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

SECUELAS DEL TRAUMA

Otro autor (Schwartz, 1991) describe algunas secuelas psicológicas: ansiedad, miedo, ideación e intentos suicidas, problemas en la interacción social y las tareas, y sintomatología somática.

Por su parte, Echeburúa et al. (1997) consideran al Estrés Postraumático como un trastorno consecuencia de situaciones amenazantes para la integridad física y/o psíquica, en un 25 % de las personas víctimas de delitos; pero, en 2004, estima que alcanza un porcentaje mayor (60 o 70 %), en casos de abuso sexual.

En otra investigación, Echeburúa et al. (2002-2) evalúan las implicaciones clínicas y forenses de víctimas de agresiones sexuales, y mencionan tres fases, en el período posterior al abuso: primero, un embotamiento general, lentitud, pensamientos de incredulidad y una reacción de sobrecogimiento; la segunda fase se caracteriza por dolor, rabia, indignación, culpa e impotencia, alternando con momentos de abatimiento; y, en la tercera etapa, aparece la re-experimentación del hecho traumático, de forma espontánea o asociado a estímulos externos que lo activan. Sin embargo, las secuelas detalladas por Juárez (2014), en la Tabla 1, pueden desaparecer después de algunas semanas o persistir durante un año en el 80% de las víctimas, dependiendo del apoyo familiar y social que reciban, como factor protector del trauma.

Tabla 1. Secuelas de mayor prevalencia en las víctimas de abuso sexual infantil, basado en Juárez (2014). Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Secuelas inmediatas	
<i>Esfera emocional:</i>	Sensación de irrealidad:
	sensación de que el hecho no ha podido suceder,
	de que realmente no le ha podido pasar a él/ella,
	acompañado de llanto y rabia,
	y en ocasiones de sentimientos de vergüenza y culpa.
	Sentimiento de pérdida de control de la situación.
	Sintomatología psíquica:
	confusión,
	desorientación,
	pérdida de la capacidad de concentración
<i>Esfera cognitiva:</i>	Déficit en el procesamiento de la información,
	dificultad en la toma de decisiones,
	percepción de profunda indefensión,
Secuelas a corto y largo plazo	Trastornos desadaptativos ansiosos y/o depresivos:
	Trastornos con ansiedad
	Trastornos con ánimo depresivo
	Trastornos por Estrés -Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
	Trastorno por estrés agudo
	Trastorno por estrés

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

La prolongación en el tiempo de los síntomas psíquicos determina el desarrollo de trastornos desadaptativos ansiosos y/o depresivos (Tabla 2).

TRASTORNOS DESADAPTATIVOS	ANSIOSOS Y/O DEPRESIVOS
<i>Trastornos con ansiedad:</i>	continua preocupación,
	fatiga persistente,
	déficit atencional,
	irritabilidad
	alteraciones del sueño.
<i>Trastornos con ánimo depresivo:</i>	
	pérdida de la autoestima,
	ausencia de expectativas de futuro,
	anhedonia,
	cambios en el patrón de sueño y apetito,
	riesgo de suicidio.
<i>Trastornos por Estrés</i>	
<i>Trastorno por estrés postraumático:</i>	re-experimentación del trauma:
	pesadillas,
	flashbacks,
	pensamientos o recuerdos intrusivos

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

	aumento de la activación:
	trastornos del sueño,
	irritabilidad,
	estado de alerta excesiva
	dificultades de concentración
	comportamientos de evitación:
	esfuerzos por evitar pensamientos o
	actividades relacionadas con la evocación
	del hecho traumático.
<i>Trastorno por estrés agudo:</i>	síntomas semejantes al TEPT pero
	con diferencia en número de criterios:
	duración de la alteración (2 días a 4 semanas)
	relación temporal entre el suceso y
	el inicio de la sintomatología
	(dentro de las 4 primeras semanas).

Tabla 2. Características de la sintomatología psicopatológica correspondiente a las secuelas a corto y largo plazo, que incluyen los trastornos desadaptativos ansiosos y/o depresivos, descritos por Juárez (2014). Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

A pesar del trauma sufrido, Pelechano Barbera (2007) y Tedeschi & Calhoun (2004) refieren casos en los que las víctimas han podido desarrollar resiliencia; mientras que Echeburúa et al. (2002, 2007) consideran variables facilitadoras y factores de vulnerabilidad, dependientes del componente subjetivo y de mayor peso en el proceso de recuperación. De acuerdo a ellos “las víctimas deben dejar de ser víctimas lo antes posible” (p. 173).

El sentimiento de culpa en la víctima por no haber podido evitar el abuso debe ser uno de los objetivos terapéuticos tendientes a favorecer el desarrollo de recursos de afrontamiento (Soria y Saiz, 2006), para fortalecer su deseo de vivir sin conformarse con la simple supervivencia (Rojas Marcos, 2002).

El trauma psíquico permanente depende de las secuelas emocionales originadas en las huellas mnémicas que no remiten en el tiempo (Echeburúa, 2004), y que son la causa de cambios en la personalidad en los dos años siguientes al hecho traumático, afectando su desempeño académico, laboral y social. Todo esto se manifiesta a través de sentimientos de inseguridad por parte de la víctima de abuso sexual y su contexto familiar, frente a los prejuicios y estigma social. Su consecuencia se puede observar en el aplanamiento afectivo, que deteriora sus vínculos y lo conduce al aislamiento emocional y social; las dificultades en los aprendizajes pedagógicos por pérdida de interés y motivación asociados a déficit atencional, que constituye una desventaja más, por ser causa de rechazo y descalificación por parte de docentes y grupo de pares. Nuñez de Arco (2014) ha observado también pesadillas, y abuso de drogas o de alcohol, y manifestaciones tardías de daño psíquico severo en la adolescencia.

Petrzelová (2013), a los síntomas conductuales, psicológicos y emocionales, que generan conflictos interpersonales (agresividad, aislamiento social, autólisis), les suma los fisiológicos encubiertos por otros trastornos como los alimentarios o de ansiedad (anorexia, angustia, miedo a los hombres, rechazo intempestivo a uno de los progenitores, tristeza, inseguridad, fobias o pánico, trastornos del sueño, enuresis, regresiones como succión del pulgar).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Son niños que manifiestan resistencia a desvestirse ante otras personas, rechazo a las relaciones interpersonales junto a aislamiento, desconfianza, culpa, vergüenza, agresividad, conductas delictivas y autolíticas.

Entre los síntomas fisiológicos se encuentran dolores en el área genital o anal, raspaduras, dolores de estómago, de cabeza, dificultades para sentarse, enuresis nocturna o diurna, encopresis, el embarazo (en la pubertad) y las enfermedades de transmisión sexual. En el área psicosexual aparece el rechazo repentino a las caricias, a los besos o a cualquier acercamiento físico con otras personas (Petrzelová, 2013, p. 46).

Las variables que inciden en el impacto del abuso sexual incluyen la edad del NNA en el momento del hecho, la duración y especialmente el tipo de vínculo cercano con el agresor. A los niños mayores, se suma que tienen que enfrentar actos de fuerza y coerción (Finkelhor, 2005).

Cuanto mayor es la frecuencia y duración de la situación abusiva, mayores son las consecuencias porque el menor se adapta para sobrevivir a lo que le ocurre y cada vez pierde mayor posibilidad de diferenciarse del agresor y pedir ayuda (Petrzelová, 2013, p. 46).

PROCESOS NEUROBIOLÓGICOS A PARTIR DEL TRAUMA

Con el objeto de comprender la signosintomatología observada a partir del trauma del ASI, las neurociencias aportan conocimientos actuales que fundamentan no sólo las secuelas de la situación adversa inicial, sino también aquellas que se manifiestan como consecuencia del proceso judicial en las víctimas infante juveniles.

Las experiencias afectan el modelado del sistema nervioso central (SNC) desde tempranas edades de la vida, y ante circunstancias adversas y estresantes dicho SNC sufre efectos funcionales sobre el árbol dendrítico, la médula espinal y el número de sinapsis, en especial

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

en el sistema límbico (funciones instintivas) y la corteza prefrontal (función cognitiva, y de autoregulación emocional y de la conducta, neuroendócrina y autonómica) (McEwen y Morrison, 2013).

Existen, además, diferencias sexuales dependientes de las hormonas sexuales que determinan el desarrollo y maduración del cerebro, que a su vez es modificado por el envejecimiento y por estímulos estresantes, que conllevan a la pérdida de resiliencia y a trastornos del estado del ánimo. Es la corteza prefrontal dorsolateral la región más vulnerable al estrés y al envejecimiento, por lo que representa un papel crítico en múltiples trastornos cerebrales y se caracteriza por poseer una construcción interna de la realidad, que no depende directamente de la percepción sensorial del mundo exterior ni controla las acciones motoras, “aunque está altamente interconectada con ambas regiones de asociación sensitiva y motora” (McEwen et al., 2013, p. 16), y es la encargada de la planificación de enfoques y secuencias comportamentales de conductas dirigidas a un objetivo. Es decir que, esta área es fundamental en los procesos ejecutivos y en el aprendizaje e implementación de reglas que conduzcan al éxito, y hasta en la modificación de las mismas ante situaciones que así lo requieran. Estos procesos, por lo tanto, dependen de la capacidad de atención y de inhibición de una respuesta contraria e inadecuada para la planificación y logro de los objetivos propuestos. La función de atención implica un control vertical del procesamiento sensorial en la corteza de asociación cerebral que interviene en la percepción y atención focalizada. Entonces, tiene un papel importante en la memoria de trabajo, que favorece el almacenamiento de los eventos en la mente, por lo que la información guardada en la memoria de trabajo cambia de acuerdo a los cambios en las demandas y las metas, y, entonces, es altamente dependiente de las colaterales recurrentes de las células piramidales ubicadas en la corteza prefrontal dorsolateral y en las vías gabaérgicas, en lugar de proyectarse a largas distancias para transmitir información sensorial o motora específica desde las áreas de asociación.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Las regiones cingulada anterior (AC), prelímbica (PL), y las cortezas infralímbicas (IL), son responsables de las funciones cognitivas y de atención selectiva, y de cambio de foco durante los comportamientos dirigidos a un objetivo, mientras que los efectos del estrés se centran en la corteza prefrontal medial. Como la corteza prefrontal (CPF) se ocupa de procesos cognitivos complejos, es a su vez altamente vulnerable y, por lo tanto, está implicada en trastornos cerebrales como son el déficit atencional, la esquizofrenia, la depresión, y el trastorno por estrés postraumático, y es afectada por el descenso de los niveles de estrógenos en las mujeres (McEwen et al., 2013).

Mientras tanto, la memoria declarativa está mediada por el lóbulo temporal medial, que se ocupa de llevar a cabo un registro integrado de eventos, lugares y tiempos que representan las experiencias (McEwen et al., 2013).

Se ha comprobado, a nivel de neurotransmisores, que el estrés repetido amortigua la transmisión glutamatérgica de la CPF al facilitar la renovación del receptor de glutamato. De hecho, los efectos del estrés crónico se trasladan a edades más avanzadas, ya que se deteriora la memoria de trabajo y causa la pérdida de 30% de las neuronas de la columna vertebral y la poda sináptica de las dendritas en las neuronas de la CPF medial (McEwen et al., 2013), con “reducción del 20% de la longitud dendrítica apical en los varones” (McEwen et al., 2013, p. 19).

Junto a otras regiones del cerebro, la amígdala y la corteza prefrontal también contienen receptores de esteroides suprarrenales (glucocorticoides endógenos) y aminoácidos excitatorios que desempeñan un papel importante en la retracción dendrítica inducida por estrés; mientras que el estrés crónico afecta la memoria de trabajo y la poda sináptica dendrítica junto a pérdida de las de la columna por ausencia de inhibiciones de la enzima proteinkinasa. A esto se suma que, el aumento de glucocorticoides endógenos por estrés crónico es otro responsable de la poda dendrítica de la CPF medial (McEwen et al., 2013).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

La disrupción del ritmo circadiano por insomnio también afecta las funciones cognitivas (déficit en el desempeño de tareas psicomotoras, respuestas de reacción lenta que conducen a errores), el humor y el metabolismo, que provoca aumento de peso y obesidad, y es una causa de la poda dendrítica en la CPF medial (McEwen et al., 2013).

Spolidoro et al. (2011) coinciden con Maya Vetencourt et al. (2008) en la plasticidad de la corteza cerebral prefrontal, que presenta capacidad de reorganización y reversión de procesos a partir de la privación monocular inducida en la corteza visual, con mejora de la función cognitiva y de las conductas de autoregulación, mediante mecanismos que involucran redes perineuronales y equilibrio excitatorio/inhibidor, y posibles estrategias de intervención (Bavelier et al., 2010), junto a la “conectividad entre la corteza prefrontal, la amígdala, el hipocampo y la región mesolímbica y la sustancia nigra” (McEwen et al., 2013, p. 25).

PROCEDIMIENTOS PROTECTORES INTEGRALES

Además de considerar los elementos diagnósticos como evidencia del ASI y el modo de obtenerlos, cabe ocuparnos de decidir las conductas a seguir una vez realizada la denuncia, mientras se lleva a cabo la recolección de las pruebas, para proteger la integridad psicofísica del NNA víctima. Para ello, la ONU (2007) ha redactado un documento (Manual de Procedimiento Penal y Protección Integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de Trata de Personas y Explotación Laboral/Sexual), donde se establece que:

Inmediatamente después de la denuncia, (el NNA) se encuentre refugiado y alejado de cualquier circunstancia de revictimización, facilitando su proceso de recuperación. Una completa desconexión con los operadores del Estado puede llevar a que la víctima se sienta abandonada y desprotegida, o incluso usada por parte de las autoridades. Es importante que las Autoridades de Protección Integral expliquen a la víctima que las Autoridades de Policía Judicial van a indagar lo relatado.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Así se practiquen con urgencia los actos de indagación que no recaen sobre el niño, niña o adolescente, en todo caso es preciso tener presente que, por referirse a la víctima, estos actos lo involucran. Las actividades de indagación que adelantan las autoridades en espacios personales de la víctima, como su casa, su familia, su espacio de trabajo, sus amigos o sus vecinos, puede ocasionar que las personas se sientan invadidas en lo más íntimo, y a que esa ayuda solicitada a las autoridades, si no se explica correctamente, represente ahora una irrupción en lo más valioso: su intimidad (Naciones Unidas, 2007, p. 84).

Este documento indica también la asistencia inmediata médica y psicológica, aunque el NNA no hubiera colaborado efectivamente con las autoridades del Estado, debido a que no siempre se halla en condiciones emocionales para cumplir con los requisitos judiciales.

Basados en las características de las víctimas, el antecedente de haber tenido contacto con centros de protección infantil y la participación voluntaria de los NNA duplica las probabilidades de avance de los procesos investigativos y judiciales. Sin embargo, el género de las víctimas afecta dichas probabilidades de investigación y procesamiento, que se duplican en los casos de víctimas femeninas con respecto a los varones. Mientras tanto, estas probabilidades aumentan hasta 6 veces en los casos en que las víctimas reciben apoyo de sus cuidadores; pero, se reducen a más de la mitad, si existen barreras en la revelación del abuso y por la ausencia de evidencias eficientes (Block et al., 2022). Si la víctima está interesada en el proceso judicial, este tiene 5 veces más probabilidades de avanzar con respecto a los casos en que los NNA no colaboran; mientras que “los casos, en los que el fiscal indicó que había pruebas insuficientes, tenían 11 veces menos probabilidades de ser procesados” (Block et al., 2022, p. 8).

Los fiscales fueron claros en conversaciones con el equipo de investigación de que nunca intentarían “obligar” a un niño a testificar si no fuera terapéuticamente apropiado y/o fuera en contra de los deseos del niño; por lo tanto, la voluntad del niño para proceder es primordial.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

En particular, si bien estos factores predicen en última instancia la decisión de enjuiciar, su presencia o ausencia no afecta la voluntad de investigar, lo que indica que estos casos están siendo examinados incluso si no parecen “procesables” de inmediato (Block et al., 2022, p. 9).

METODOLOGÍA

Una vez considerada la bibliografía consultada, se propone el estudio de casos particulares en los que se ha intervenido entre los años 2000 y 2017, incluyendo no sólo aquellos en los que la víctima ha sido expuesta a instancias judiciales sino también dos casos en los que no ha intervenido la justicia, con el objeto de comparar la evolución signosintomatológica. Para ello, se analizan diversas variables, referidas a las características de las intervenciones judiciales y de los NNA víctimas de ASI. Los datos así recolectados, a partir de los registros de las historias clínicas individuales, han sido evaluados a través de su procesamiento estadístico descriptivo.

Entre las variables analizadas, se consideran el género y la edad de la víctima, la identidad del denunciante y el tipo de denuncia, tipo de familia de origen y sus miembros, el momento y tipo de intervención (sanitaria, educativa, jurídica, social, psicológica, psiquiátrica); si existieron backlash, agresiones y/o amenazas dirigidos a la profesional interviniente; si se realizaron pericias a la víctima y de qué tipo, junto a los resultados obtenidos como prueba y la validación que le fuera otorgada por los funcionarios judiciales; el trato ofrecido a la víctima, las características del entrevistador y de la/s entrevista/s; si existió algún tipo de seguimiento posterior a la intervención judicial y los resultados observados en relación a la signo sintomatología previa y posterior a la declaratoria testimonial; la sentencia judicial y la identidad del agresor comprobado.

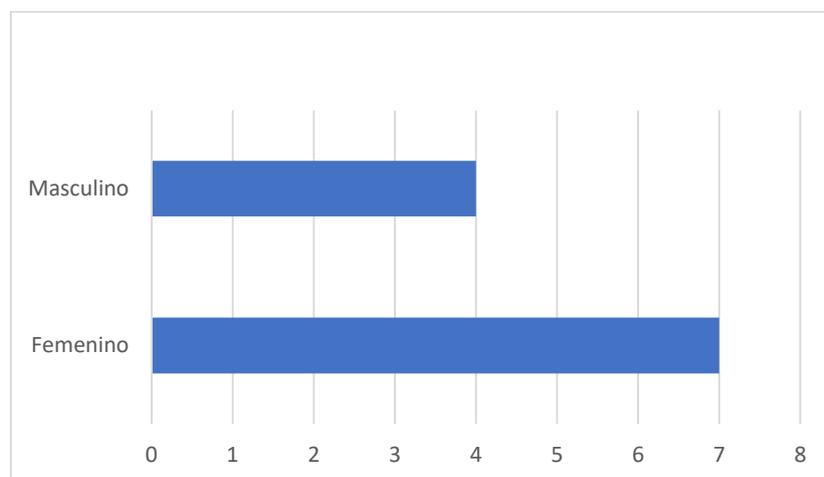
ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

La muestra ha incluido NNA (n=11), cuyo motivo de consulta ha sido por derivación de otros profesionales del ámbito de la justicia, de la salud o de instituciones de abrigo, con diagnóstico previo de ASI o alguna signo sintomatología compatible, que luego ha orientado hacia el diagnóstico de ASI.

A partir de los antecedentes anamnésticos recolectados y las observaciones realizadas durante los procesos psicodiagnóstico y psicoterapéutico de cada uno de los NNA de la muestra estudiada (n=11), que concurren a la consulta, se han construido gráficos estadísticos (gráficos de barras sencillos, agrupados y apilados; gráficos de sectores) con las variables consideradas, para la mejor comprensión de su estado psíquico previo y posterior a la declaratoria testimonial, y su comparación con aquellos NNA víctimas de ASI que no se vieron obligados a participar de actuaciones judiciales (n=2). También, se consideran la moda y la media etaria de la muestra investigada.

RESULTADOS

La población estudiada de NNA víctimas de ASI (n=11) incluye 36 % de varones y 64 % de niñas (Gráfico 1), cuya media etaria es de 8.3 años aproximadamente, con una moda de 6 a 9 años de edad (Gráfico 2), siendo las madres las denunciantes en el 57 % de los casos (Gráfico 3), en su mayoría en el Tribunal de Familia (55 %) (Gráfico 4).



ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Gráfico 1. Sexo de la muestra de (n=11) pacientes víctimas de ASI que recibieron atención psiquiátrica. Fuente: elaboración propia.

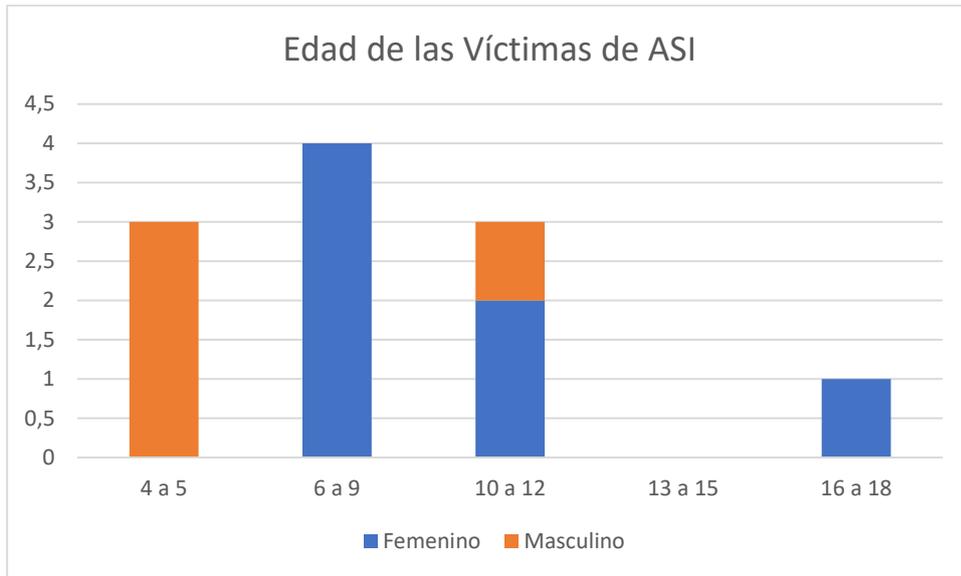
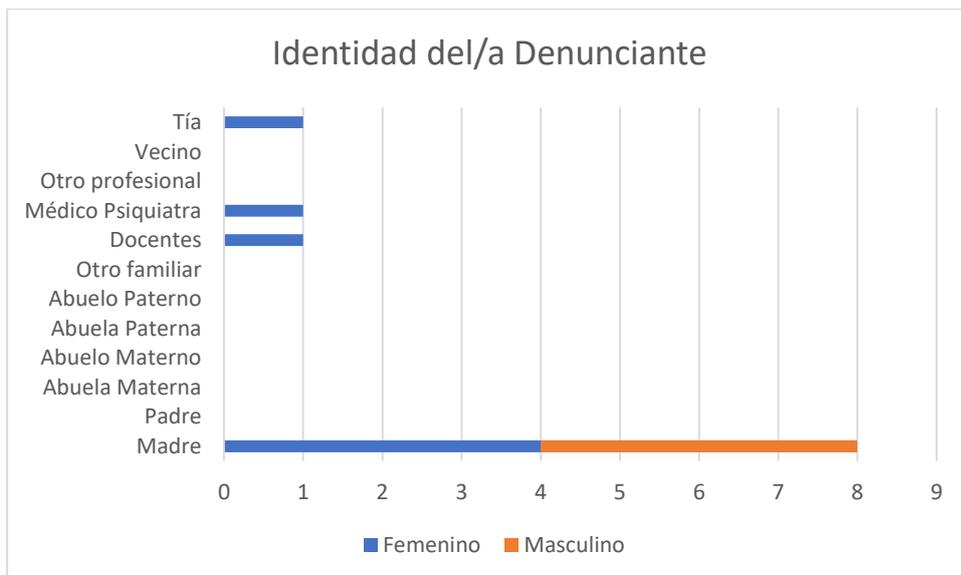


Gráfico 2. Edades de los NNA víctimas de ASI (n=11) al momento de la intervención psiquiátrica, cuya media se calcula en 8.36 años y su moda en el grupo de 6 a 9 años. Fuente: elaboración propia.



ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Gráfico 3. Identidad de la persona que ha realizado la denuncia del ASI, de acuerdo al sexo de los NNA víctimas de ASI (n=11). Fuente: elaboración propia.

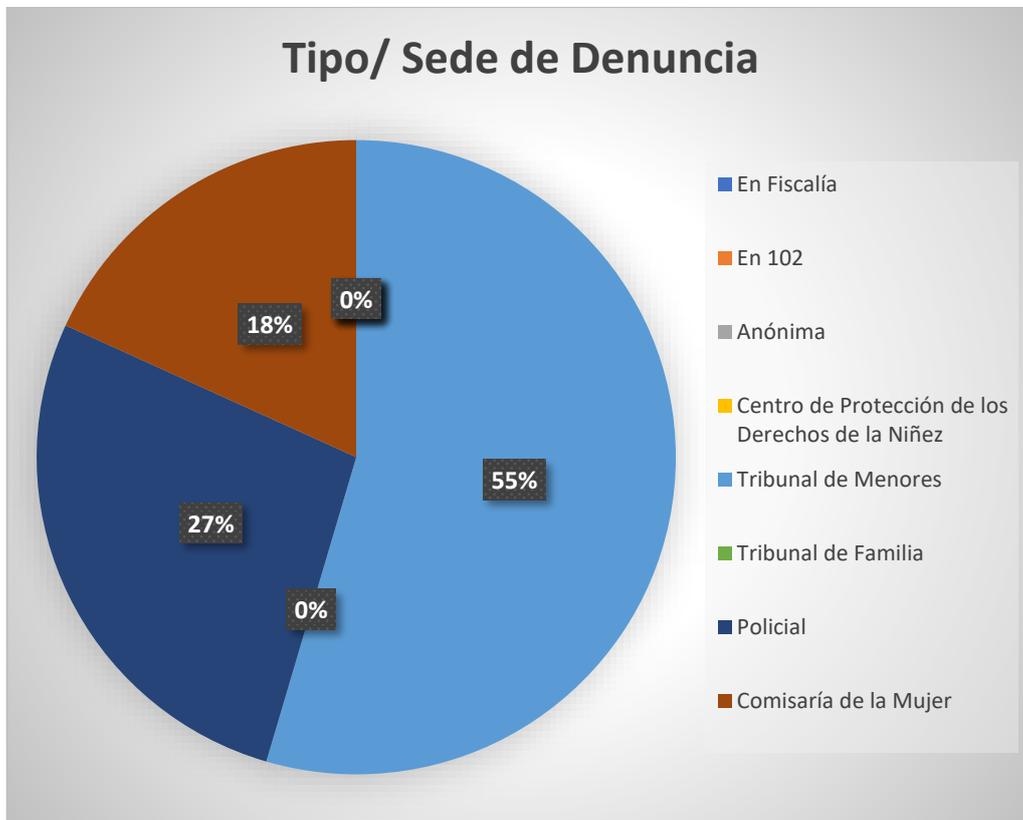


Gráfico 4. Tipo y lugar de realización de la denuncia del ASI. Fuente: elaboración propia.

Sólo 2 de las familias de origen corresponden al tipo biparental, mientras que el 57 % corresponde a parejas parentales separadas o divorciadas (Gráfico 5), mientras que el 27 % (n=3) de la muestra eran hijos únicos.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

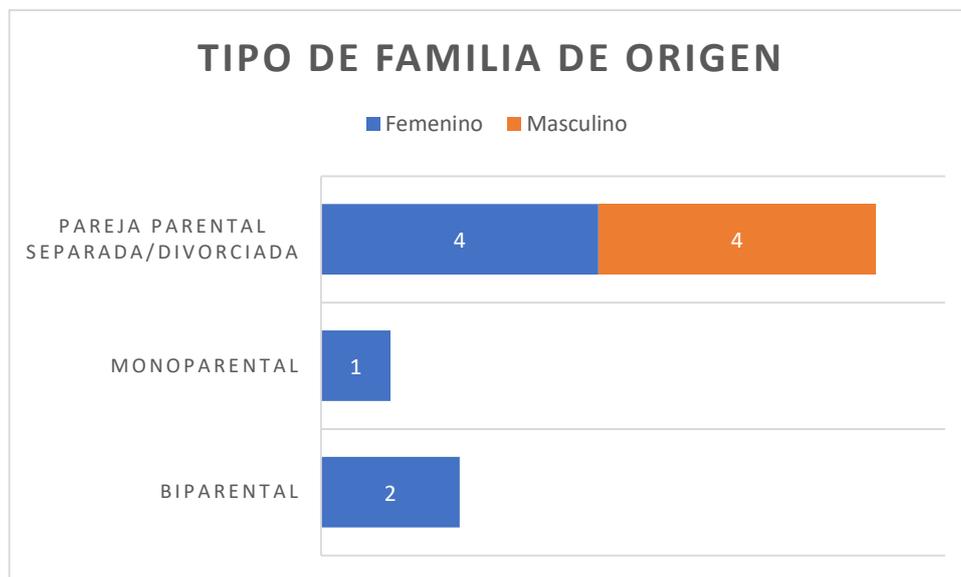


Gráfico 5. Características de las familias de origen de los 11 NNA víctimas de ASI. Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la intervención psiquiátrica, se llevó a cabo por derivación en 10 de los 11 NNA, con función pericial y/o informativa, terapéutica y testimonial según el caso (Gráfico 6).

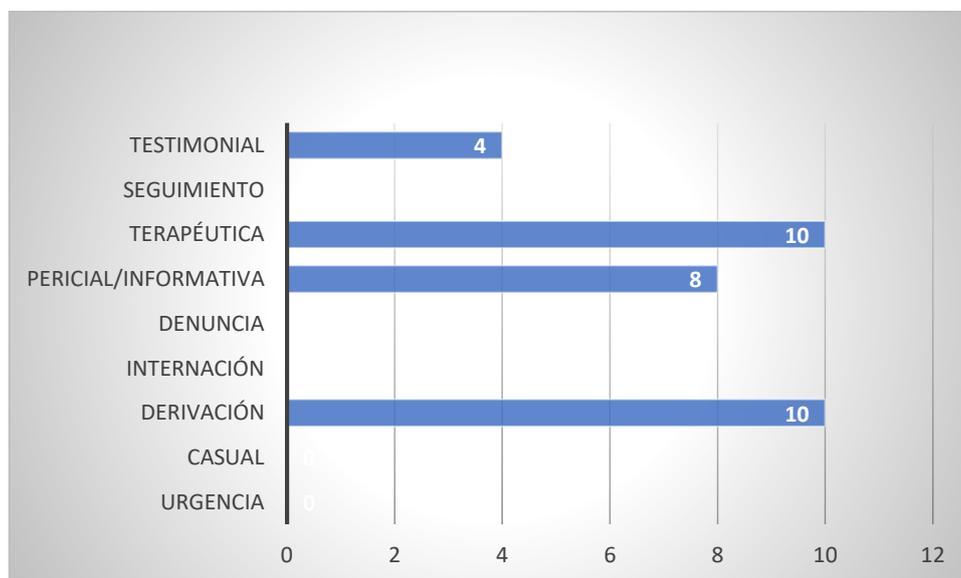


Gráfico 6. Tipo y momento de intervención psiquiátrica en los 11 casos de NNA víctimas de ASI. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

En tres casos, la profesional ha sido víctima de backlash judicial, y, en uno de ellos, hasta ha sido desafectada como terapeuta de la víctima a través de una notificación de oficio por parte de la jueza de familia interviniente.

En lo que respecta a las pericias con las que fueron evaluados los menores de la muestra, sólo se realizó pericia física en 9 de ellos (Gráfico 7): ginecológicas (56 %), pediátrica y perianal (Gráfico 8), comprobándose lesiones sólo en 5 de las víctimas (Gráfico 9), localizadas a nivel de regiones genitales y perianales, según el sexo de la víctima (Gráfico 10), y del tipo laceraciones, desgarros, eritemas y hemorragias (Gráfico 11).

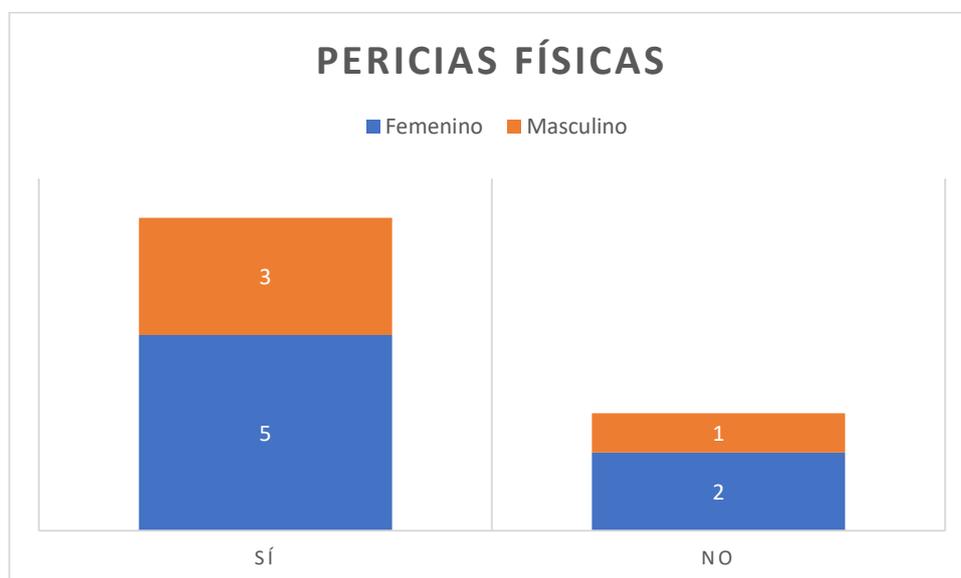


Gráfico 7. Número de víctimas de ASI que fueron sometidas a pericias físicas, de acuerdo al sexo. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

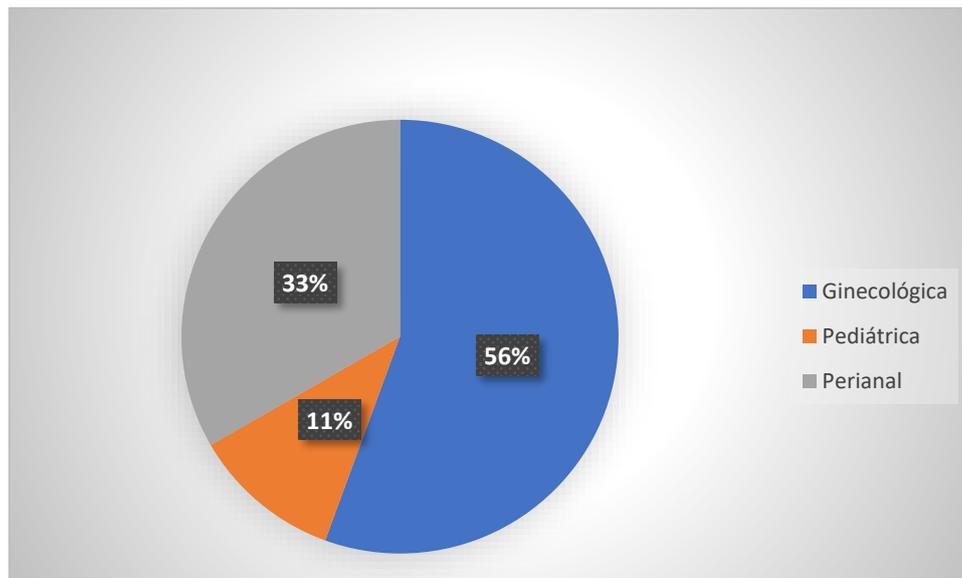


Gráfico 8. Tipo de pericias físicas realizadas a la muestra de 8 víctimas de ASI, entre las cuales 1 fue sometida a pericia ginecológica y pediátrica al mismo tiempo. Fuente: elaboración propia.

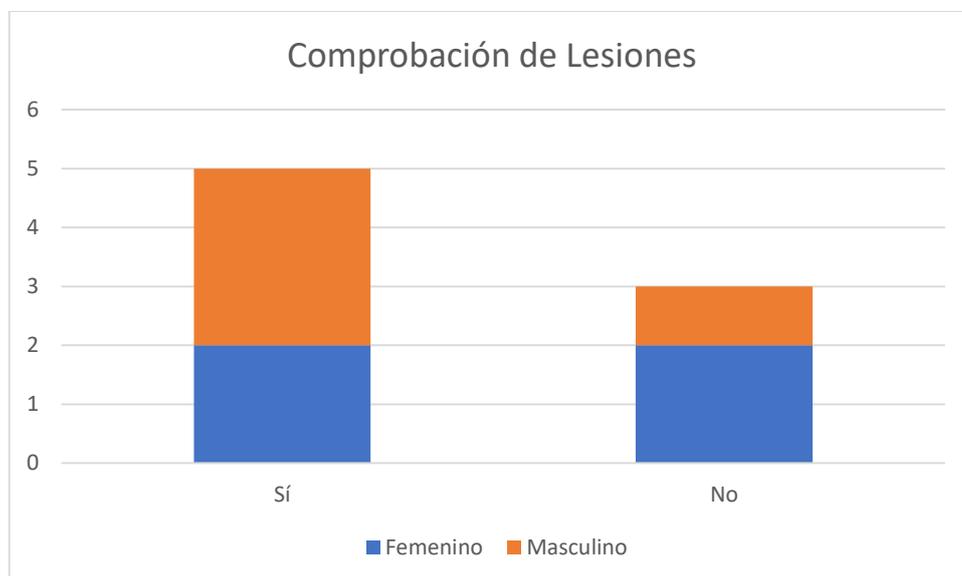


Gráfico 9. Comprobación de lesiones durante la realización de pericias físicas, según el sexo de los menores (n=8). Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

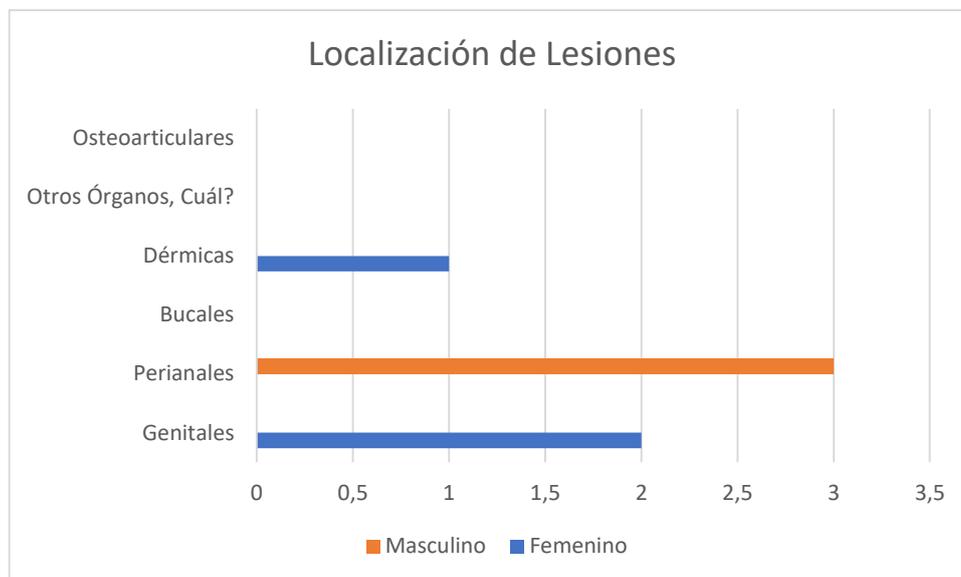


Gráfico 10. Localización de las lesiones comprobadas de acuerdo al sexo de los NNA que las presentaron (n=6). Fuente: elaboración propia.

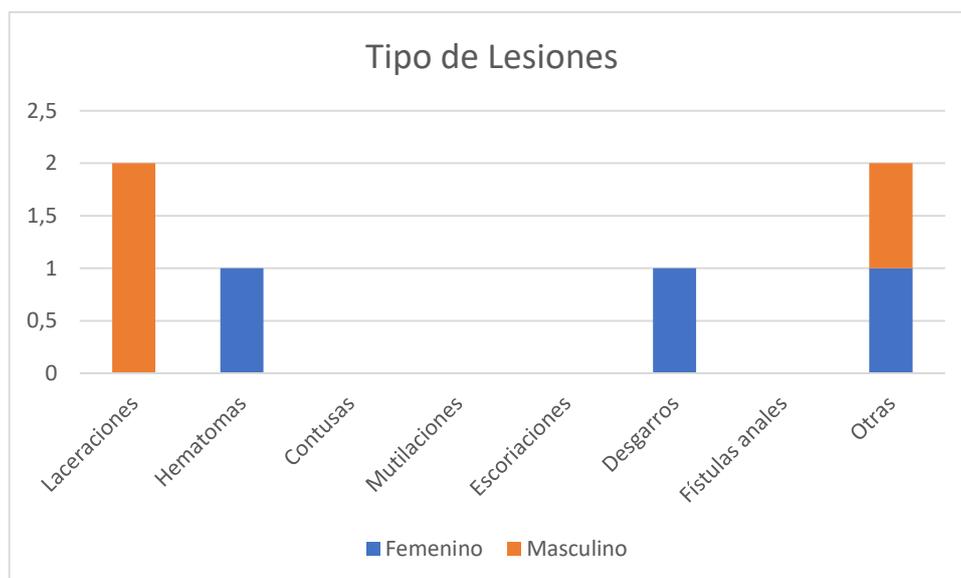


Gráfico 11. Tipo de lesiones comprobadas en los NNA (n=6), quienes presentaron lesiones al ser examinados durante las pericias físicas, teniendo en cuenta el sexo de cada uno de ellos. En una de las niñas se observó eritema vulvar, mientras que un varón se evidenció hemorragia anal. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Nueve de los NNA participaron de las declaraciones testimoniales y las entrevistas en Cámara Gesell, como modo de obtención de pruebas, siendo que uno de los niños ha sido expuesto a las dos modalidades (Gráfico 12).

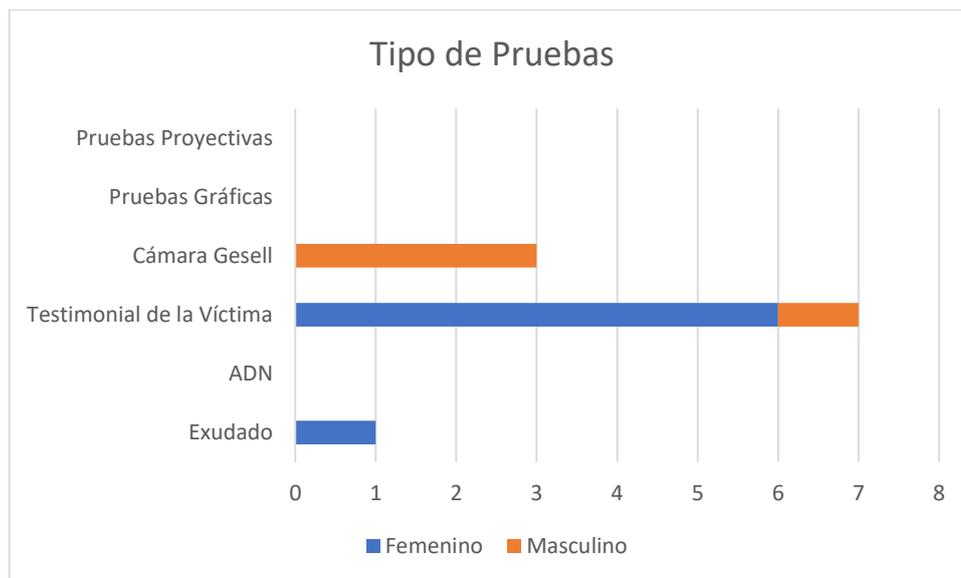


Gráfico 12. Tipo de pruebas con las que fueron evaluados 9 NNA víctimas de ASI. Uno de los varones debió asistir a 2 tipos diferentes de entrevistas, y a otra de las víctimas, además, se le realizaron pruebas de exudado perineal. Fuente: elaboración propia.

Mientras tanto, sólo en 2 casos se validaron las pericias físicas como de certeza (Gráfico 13). Algo similar ocurrió con las pericias psicológicas, considerando sólo 3 de ellas como válidas (Gráfico 14), y las declaratorias testimoniales de los NNA (Gráfico 15).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

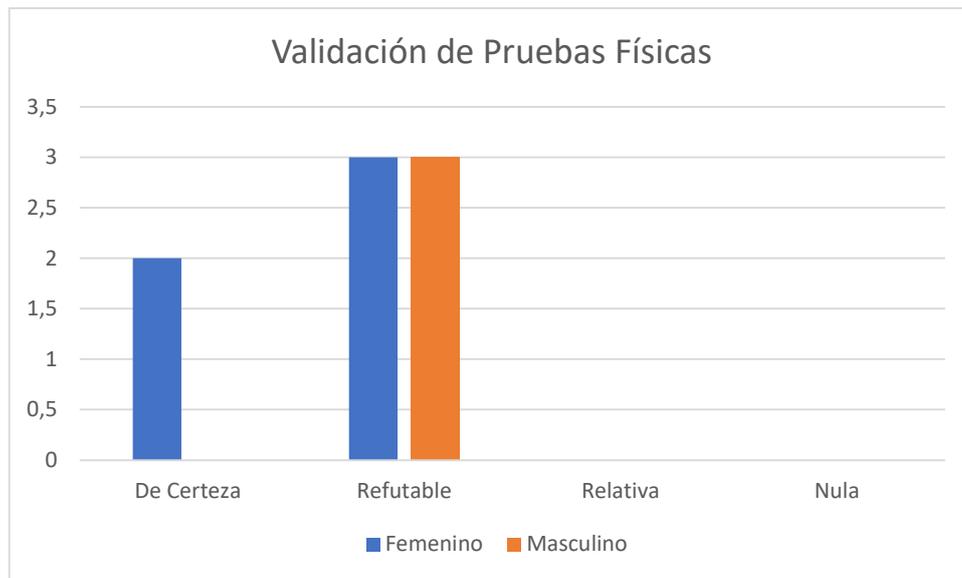


Gráfico 13. Validación de las pruebas físicas en las 7 víctimas donde se comprobaron lesiones.

Fuente: elaboración propia.

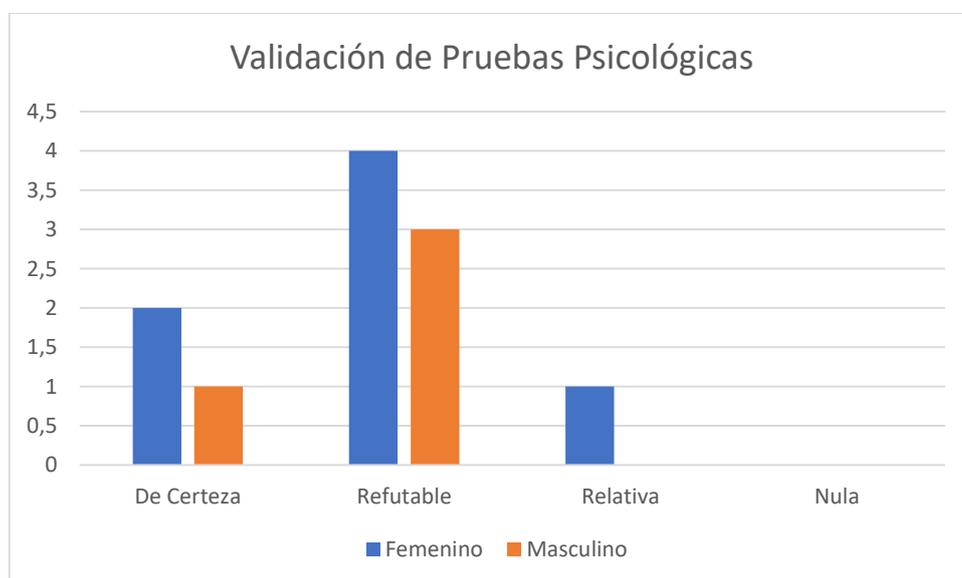


Gráfico 14. Validación judicial de las pruebas psicológicas surgidas de las evaluaciones administradas por la terapeuta a los NNA víctimas de ASI (n=11). Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

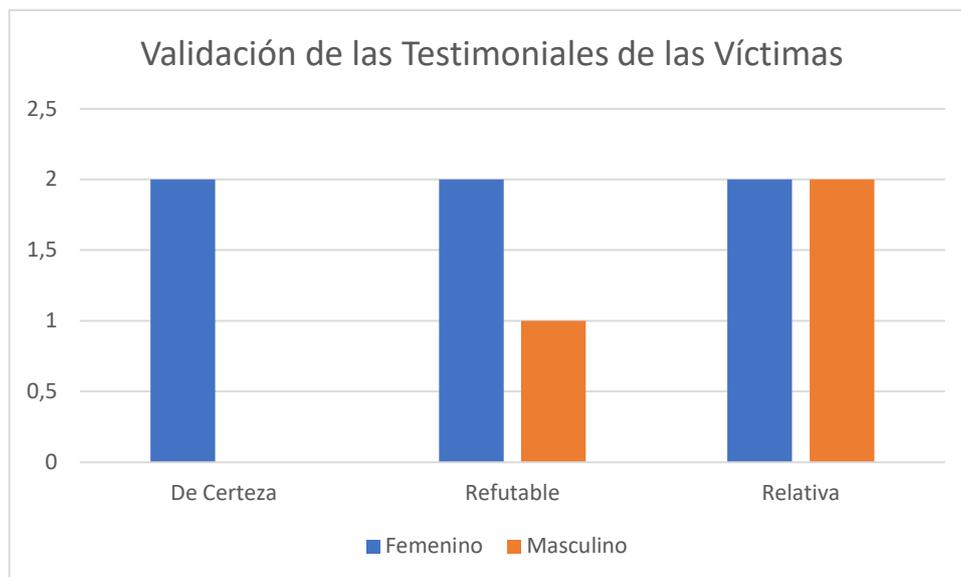


Gráfico 15. Validación de los testimonios de los 9 NNA entrevistados por agentes judiciales.
Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, todos los NNA (n=9) que debieron comparecer ante alguna autoridad judicial, pudieron asistir acompañados a las entrevistas testimoniales, en su mayoría por un familiar y sus terapeutas (Gráfico 16). En este gráfico, el grupo de otras personas incluye a sus letrados y a una persona de la institución de abrigo donde estaba alojada una de las niñas. Cinco de los NNA fueron acompañados por un familiar, su terapeuta y su representante letrado al mismo tiempo. Uno de los niños no debió asistir a ningún tipo de entrevista, debido a que el juez consideró válida la representación del caso por parte de la médica psiquiatra infanto juvenil tratante, quien expuso sobre el estado de vulnerabilidad psíquica del menor, frente a su temor a ser confrontado con autoridades judiciales, que cuestionasen la veracidad de sus dichos.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

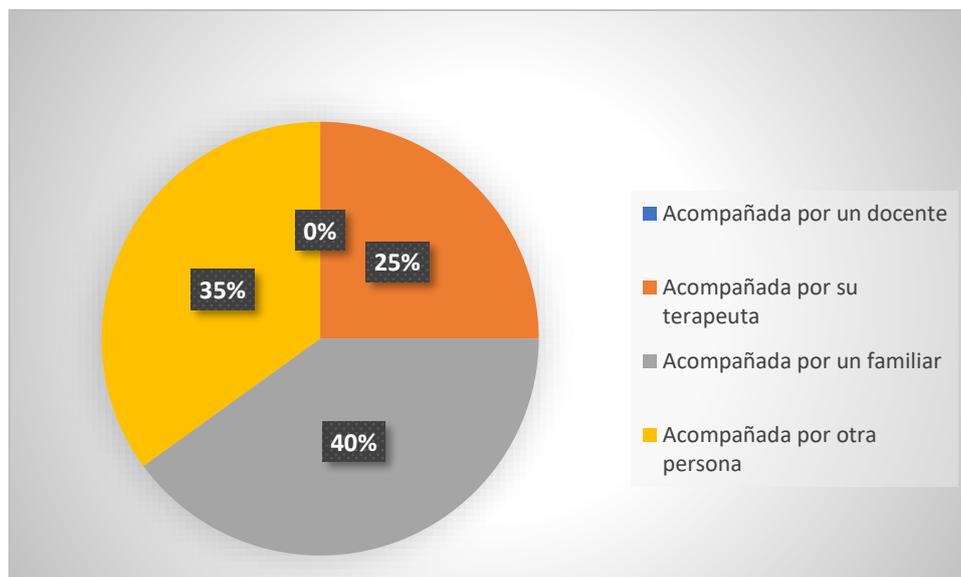


Gráfico 16. Trato brindado a los 9 menores en el momento de sus declaraciones testimoniales, en relación al tipo de acompañamiento que le fuera permitido por las autoridades judiciales. Fuente: elaboración propia.

Por su parte, una de las niñas nunca fue entrevistada a pesar del diagnóstico de ASI y de que la terapeuta fuera la responsable de realizar la denuncia pertinente en el Juzgado de Menores. Este último caso, pudo ser evaluado a largo plazo cuando la víctima, ya mayor de edad (19 años), confirmó a la terapeuta haber sido abusada sexualmente por su progenitor al igual que sus hermanos menores.

Los entrevistadores correspondieron a variadas funciones judiciales (Gráfico 17), a predominio del sexo femenino (Gráfico 18), en diferentes sedes y oficinas, pero sólo 3 niños fueron entrevistados en Cámara Gesell (Gráfico 19).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

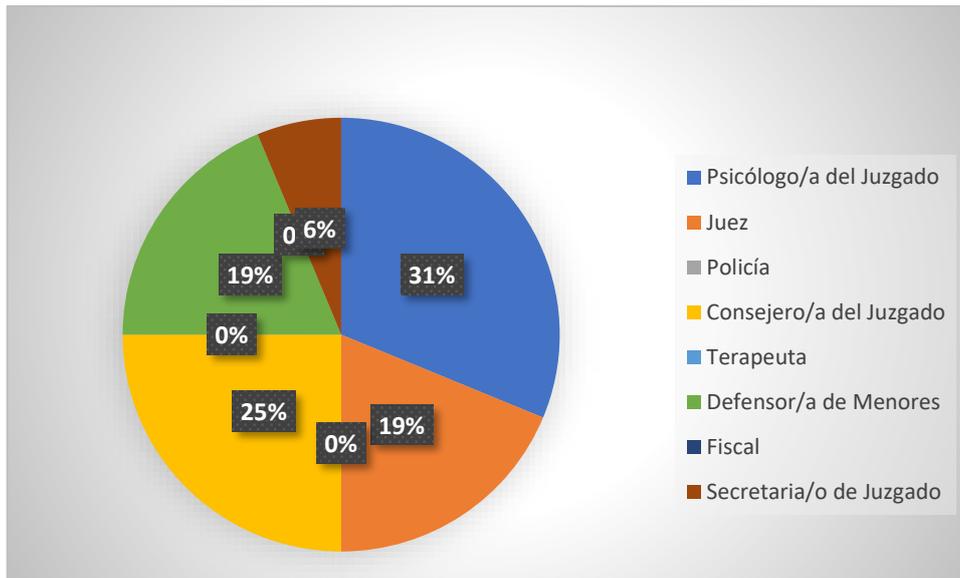
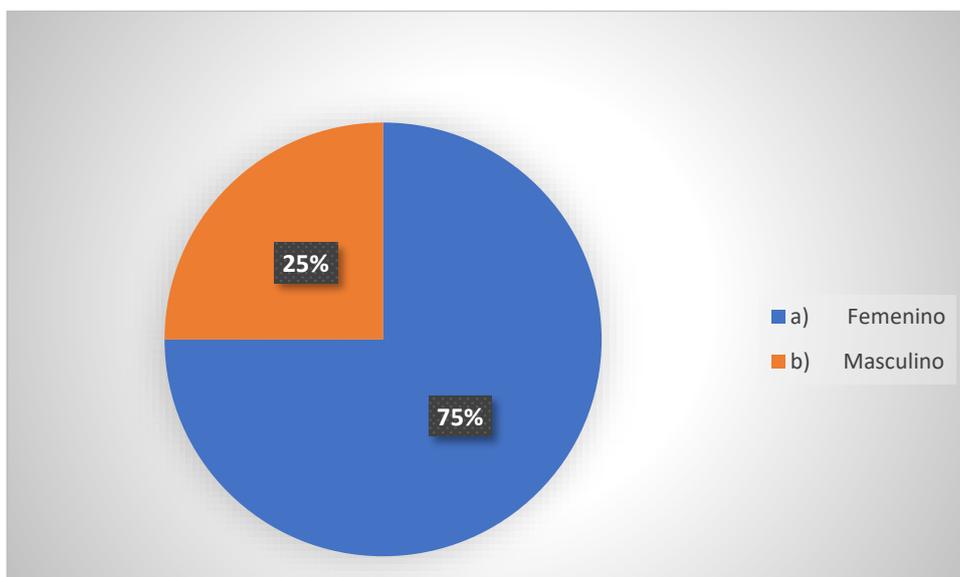


Gráfico 17. Identidad del entrevistador durante la declaración testimonial de los NNA víctimas de ASI (n=9), teniendo en cuenta que en 3 casos las víctimas fueron entrevistadas por dos y tres agentes judiciales al mismo tiempo, y en uno de los casos no participó ningún profesional de la psicología. Fuente: elaboración propia.



ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Gráfico 18. Sexo de los entrevistadores de las víctimas (n=9), durante las declaraciones testimoniales. En tres casos, los NNA fueron entrevistados por agentes judiciales de diferente sexo al mismo tiempo. Fuente: elaboración propia.

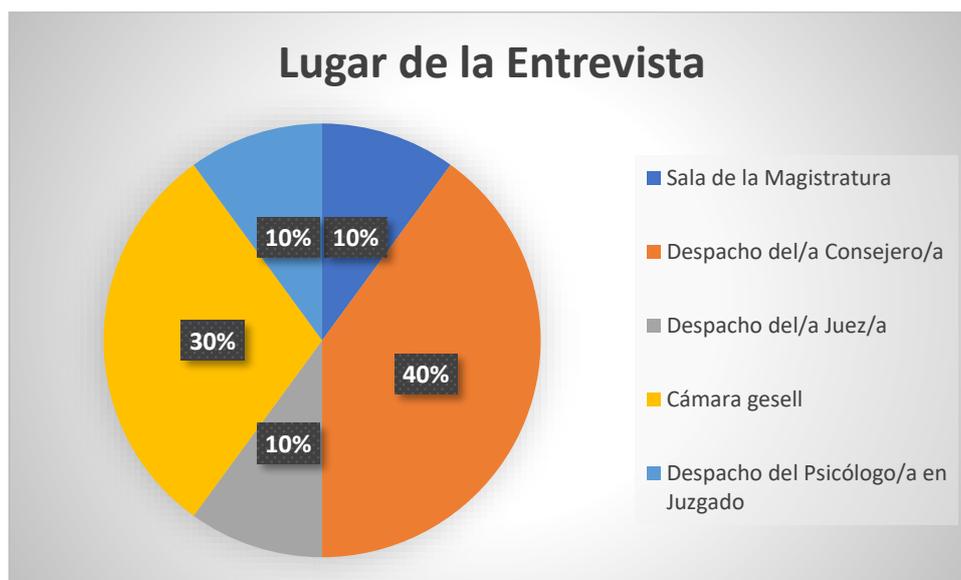


Gráfico 19. Lugar donde se llevó a cabo la entrevista testimonial de los NNA (n=9). En 1 de los casos, el menor fue entrevistado en 2 oportunidades. Fuente: elaboración propia.

Estos espacios judiciales se caracterizaron por su solemnidad, frialdad, escasa amplitud y confiabilidad (Gráfico 20), en Juzgados de Familia y Menores, y Sala de la Magistratura (Gráfico 21).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

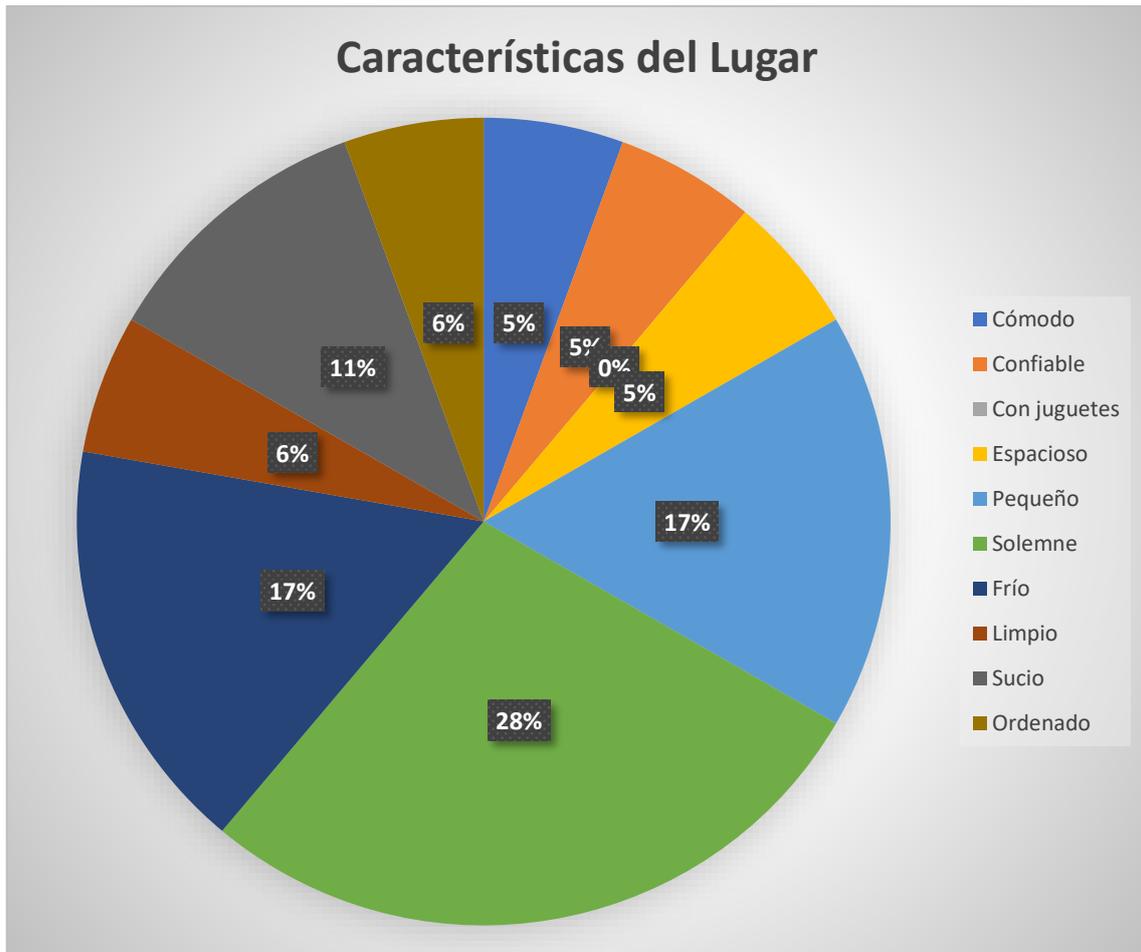


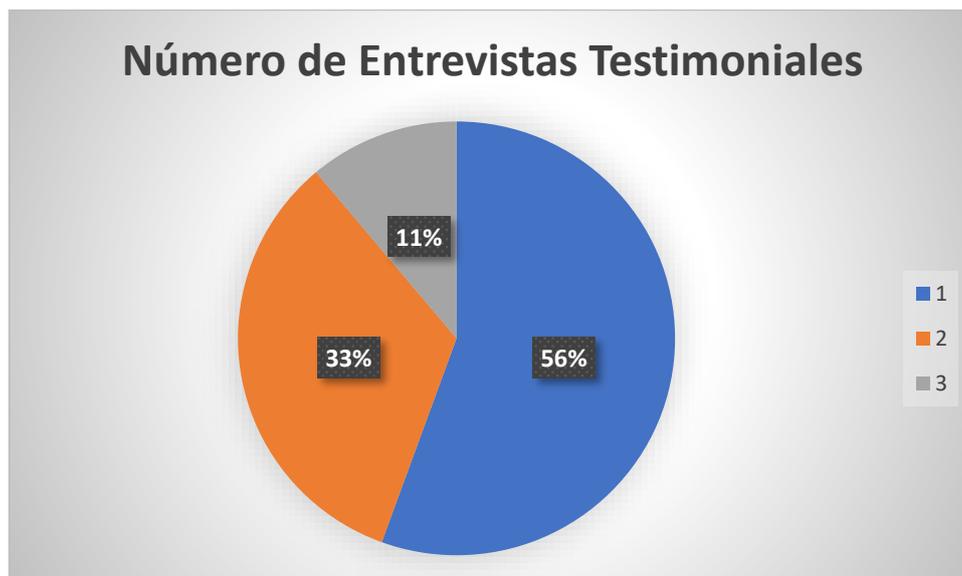
Gráfico 20. Características estructurales y de confort adecuadas a la edad de los NNA entrevistados (n=9), durante la declaración testimonial. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL



Gráfico 21. Sedes donde se llevaron a cabo las entrevistas para obtener las declaraciones testimoniales de 9 de los NNA víctimas. Fuente: elaboración propia.

En un 56 % de los casos, se llevó a cabo una única entrevista testimonial (Gráfico 22), con una duración predominante de 41 a 60 minutos (Gráfico 23).



ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Gráfico 22. Porcentaje de NNA víctimas (n=9) de acuerdo al número de entrevistas testimoniales en las que debieron participar. Fuente: elaboración propia.

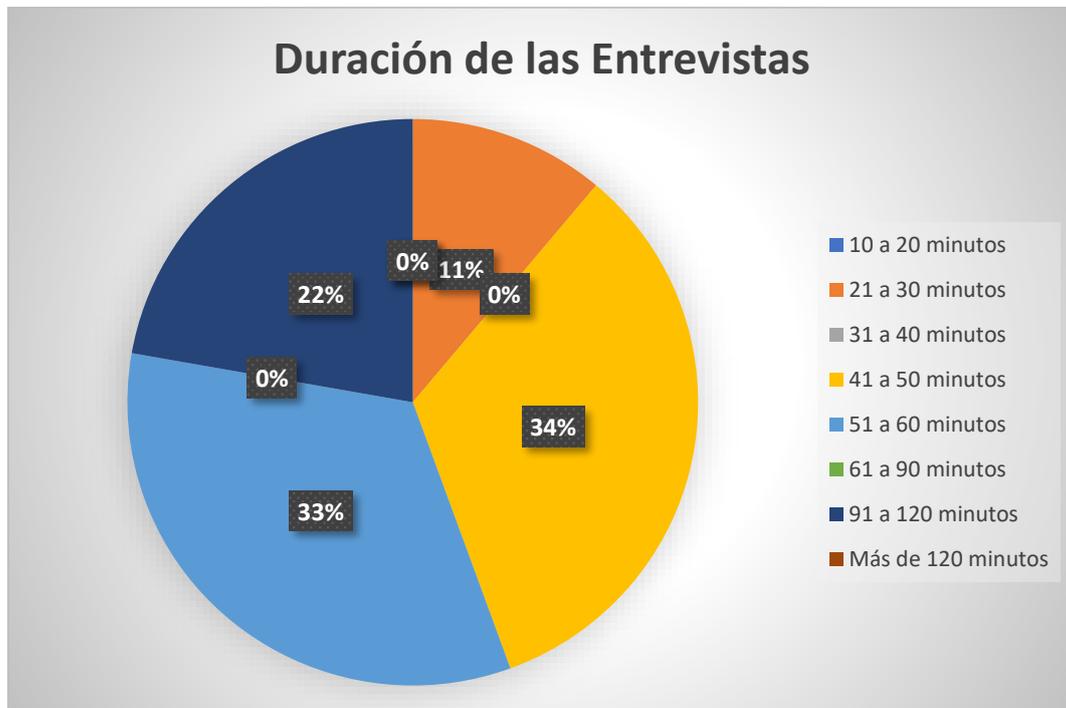


Gráfico 23. Tiempo de duración en minutos de las entrevistas testimoniales, en las que participaron los NNA víctimas de ASI (n=9). Fuente: elaboración propia.

Entre los NNA que participaron de las declaratorias testimoniales, solamente el 33 % asistió a entrevistas preliminares (Gráfico 24).

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

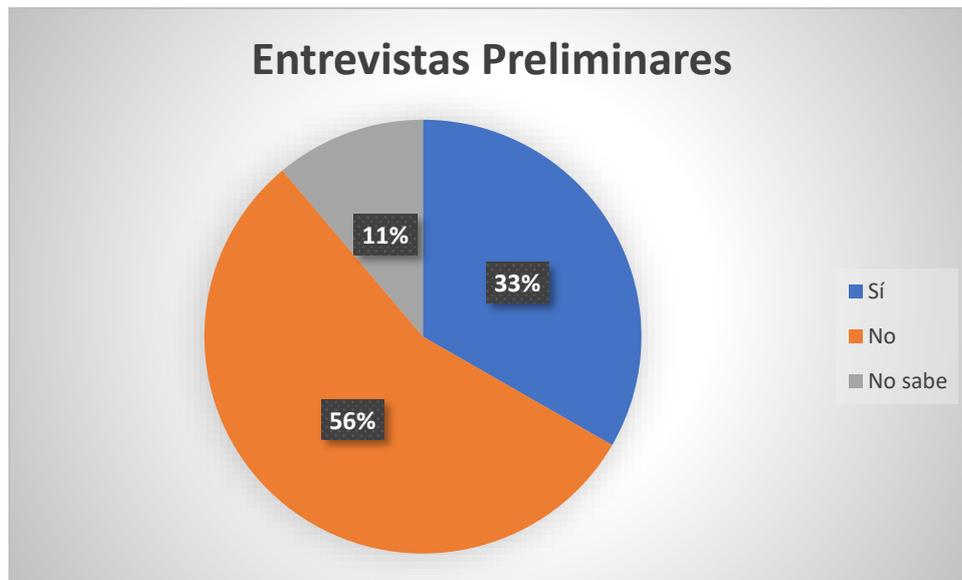


Gráfico 24. Porcentaje de NNA víctimas de ASI que asistieron a entrevistas preliminares previas a la declaratoria testimonial. Fuente: elaboración propia.

Una vez llevadas a cabo las entrevistas testimoniales, 8 de los NNA recibieron seguimiento (Gráfico 25).



ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Gráfico 25. Número de NNA víctimas de ASI (n=8), que recibieron seguimiento posterior a la entrevista testimonial. Fuente: elaboración propia.

Se han podido comprobar diferencias sintomatológicas basadas en el sexo (Gráfico 26), donde se ha observado mayor incidencia de síntomas psiquiátricos, emocionales, neurológicos, accidentes, ETS, infecciosos, respiratorios, ginecológicos, urológicos, digestivos, endócrinos y dermatológicos en las niñas.

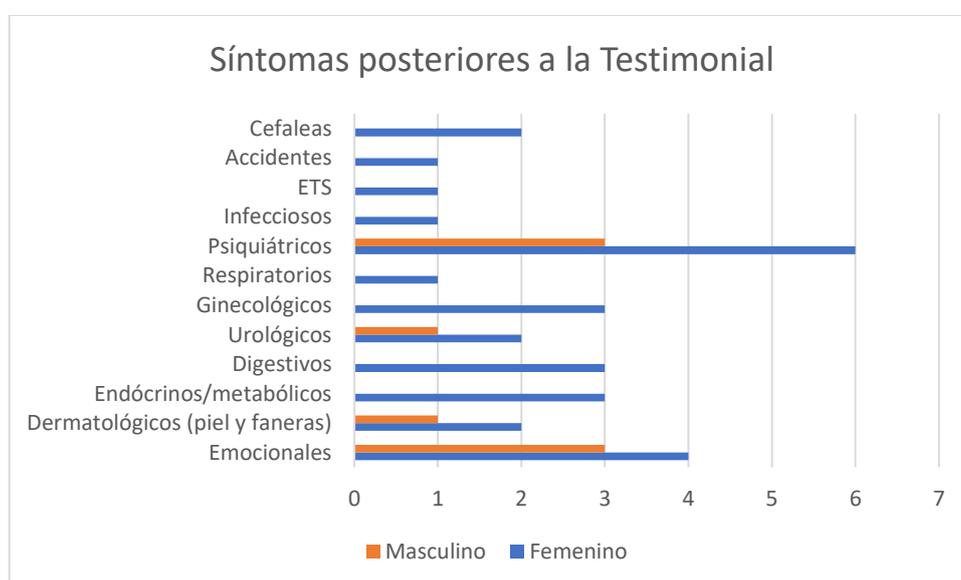


Gráfico 26. Sintomatología observada en los NNA víctimas de ASI (n=8), durante el seguimiento realizado con posterioridad a la/s entrevistas testimoniales, discriminados por sexo. Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, comparativamente, entre la sintomatología observada en las fases previa y posterior a la declaratoria testimonial, en la muestra (n=8) de los NNA que participaron de dichas entrevistas judiciales y recibieron seguimiento, se puede observar remisión de sintomatología hematológica (anemia), oftálmica, otorrinolaringológica, dermatológica y emocional; aunque no ocurrió lo mismo con la neurológica, psiquiátrica, ginecológica,

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

urológica, etc. (Gráfico 27). Además, se pudo comprobar la aparición de morbilidades no preexistentes tales como ETS e infecciosas.

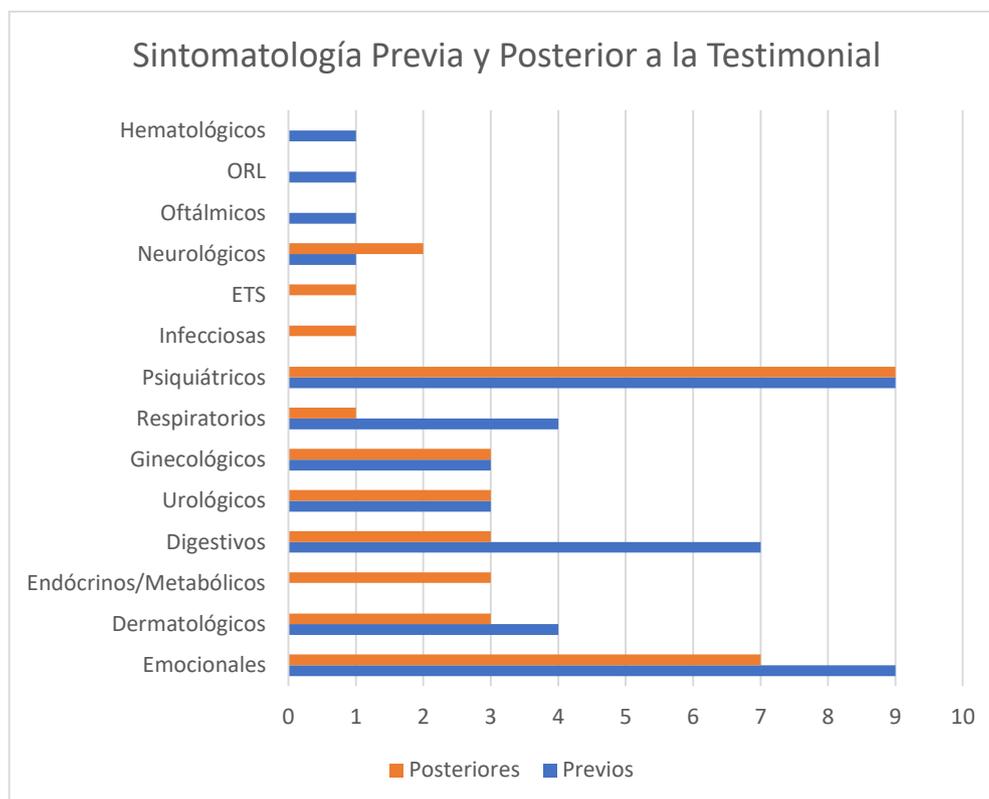


Gráfico 27. Análisis comparativo entre la sintomatología previa y posterior a la declaratoria testimonial observada en los NNA víctimas (n=8) que recibieron seguimiento. Fuente: elaboración propia.

En los Gráficos 28, 29 y 30 se detallan los síntomas psiquiátricos observados en forma comparativa, en las fases previa y posterior a la declaratoria testimonial. Se puede comprobar la presencia de episodios de alucinaciones en dos de los niños, en el seguimiento posterior a la entrevista.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Además, en la muestra de los NNA que recibieron seguimiento (n=8), se han observado conductas regresivas, deterioro del desempeño académico coincidente con alteraciones cognitivas, hiperactividad, hipersexualización, trastornos de conversión, fobias, aislamiento, social, adicciones, agresividad, cefaleas, actitudes desafiantes, fugas, pertenencia a grupos de riesgo y exposición a situaciones peligrosas, accidentes.

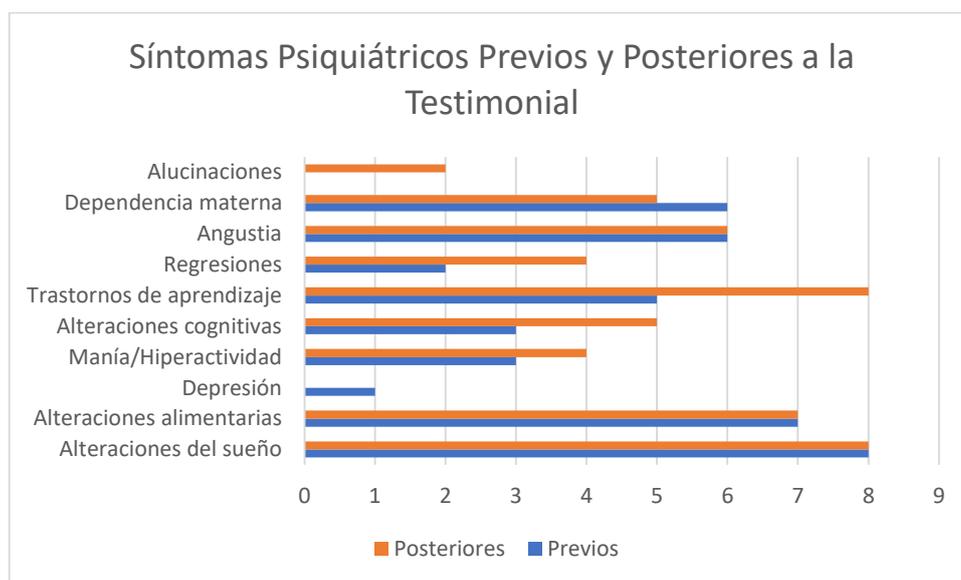


Gráfico 28. Análisis comparativo entre la sintomatología psiquiátrica previa y posterior a la declaratoria testimonial observada en los NNA víctimas (n=8) que recibieron seguimiento. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

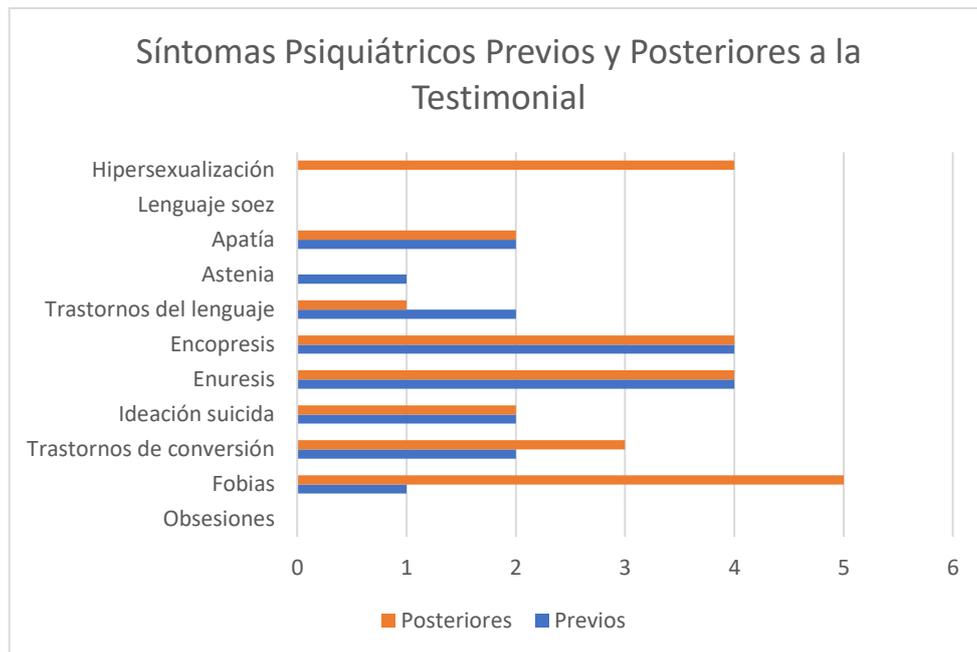
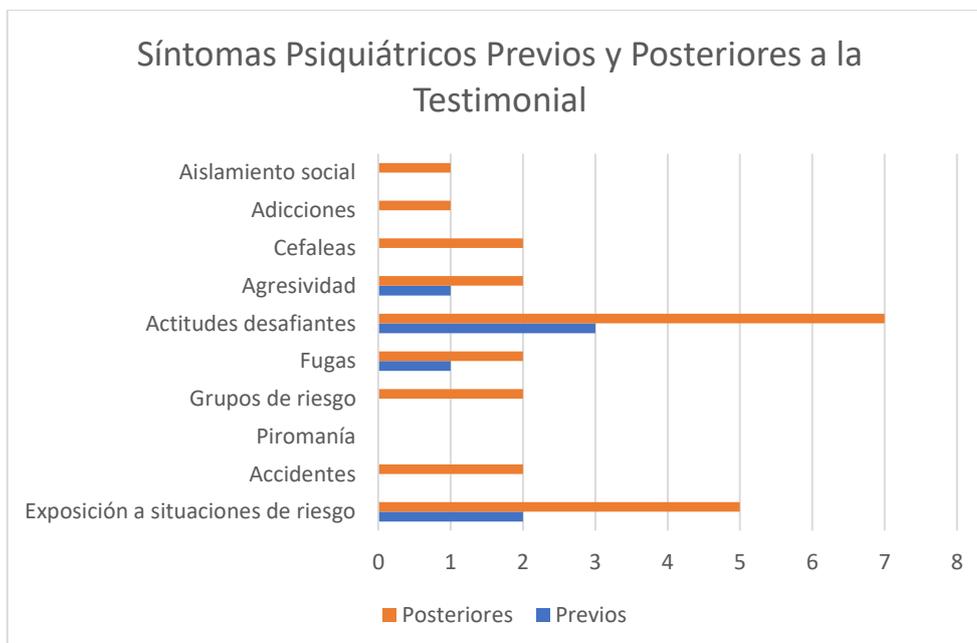


Gráfico 29. Análisis comparativo entre la sintomatología psiquiátrica previa y posterior a la declaratoria testimonial observada en los NNA víctimas (n=8) que recibieron seguimiento.

Fuente: elaboración propia.



ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Gráfico 30. Análisis comparativo entre la sintomatología psiquiátrica previa y posterior a la declaratoria testimonial observada en los NNA víctimas (n=8) que recibieron seguimiento.

Fuente: elaboración propia

Pero, en los Gráficos 31, 32 y 3 se puede apreciar la sintomatología de consulta y evolutiva de los dos menores, un niño y una niña, que no participaron de ninguna entrevista testimonial. De acuerdo a ello, se verifica la remisión parcial de los síntomas psiquiátricos y total de aquellos del orden de lo emocional y lo digestivo. Entre los síntomas psiquiátricos, persisten la manía con hiperactividad y aparecen las fobias en el caso de la niña, manifestadas como ataques de pánico en la adolescencia.

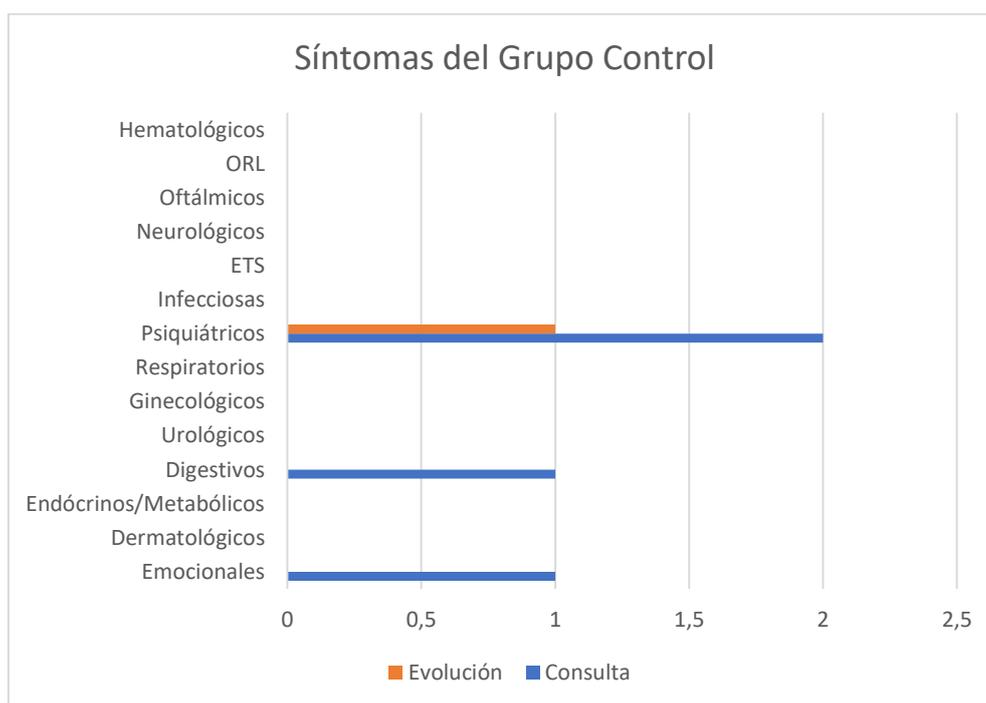


Gráfico 31. Sintomatología de consulta y de evolución de NNA víctimas de ASI (n=2), quienes no concurrieron a la entrevista de declaración testimonial. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

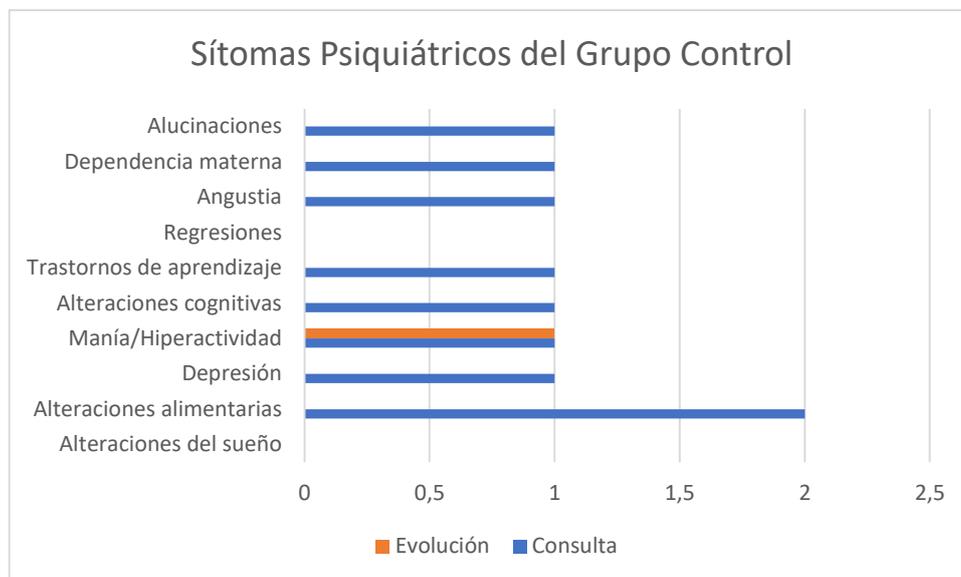
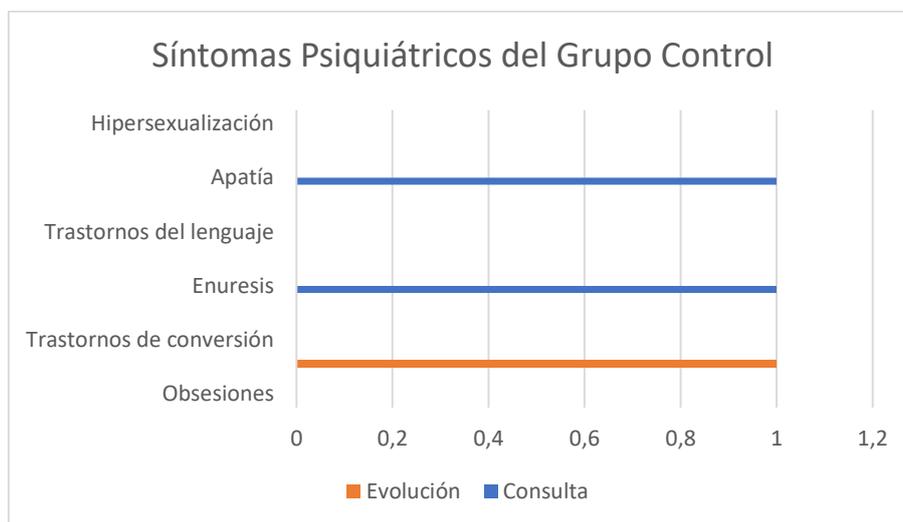


Gráfico 32. Sintomatología psiquiátrica motivo de consulta y su evolución en NNA víctimas de ASI (n=2), quienes no concurren a la entrevista de declaración testimonial. Fuente: elaboración propia.



Grupo 33. Sintomatología psiquiátrica motivo de consulta y su evolución en NNA víctimas de ASI (n=2), quienes no concurren a la entrevista de declaración testimonial. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Mientras tanto, sólo se conoce el resultado de 6 sentencias (Gráfico 34), entre las cuales 5 resultaron en culpabilidad de los acusados (Gráfico 35), identificados como los progenitores de los NNA víctimas (Gráfico 36). Uno de los sentenciados reconoció su culpabilidad, por lo que el juicio se resolvió en calidad de abreviado.

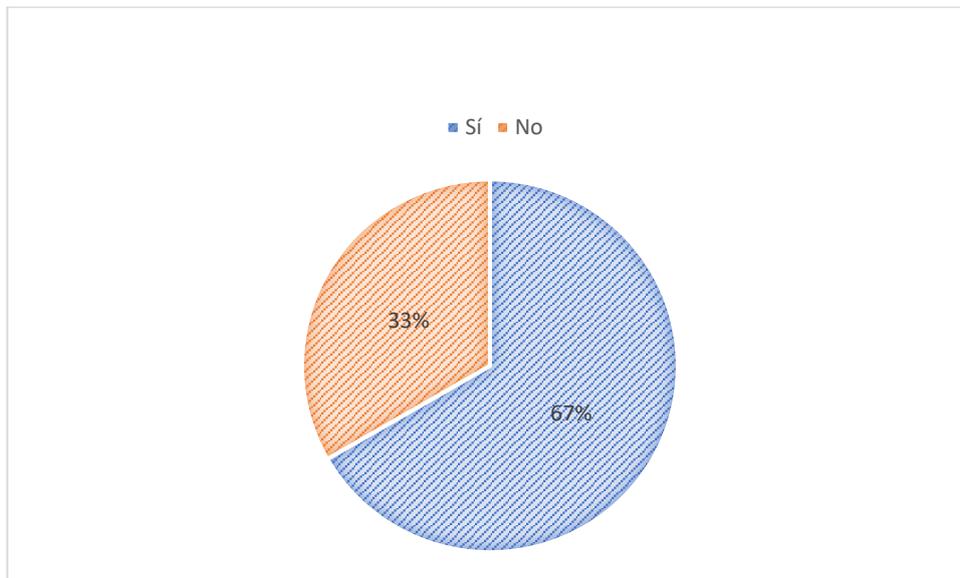


Gráfico 34. Porcentaje de casos de los 9 NNA víctimas de ASI, cuyo resultado de la sentencia es conocido. Fuente: elaboración propia.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

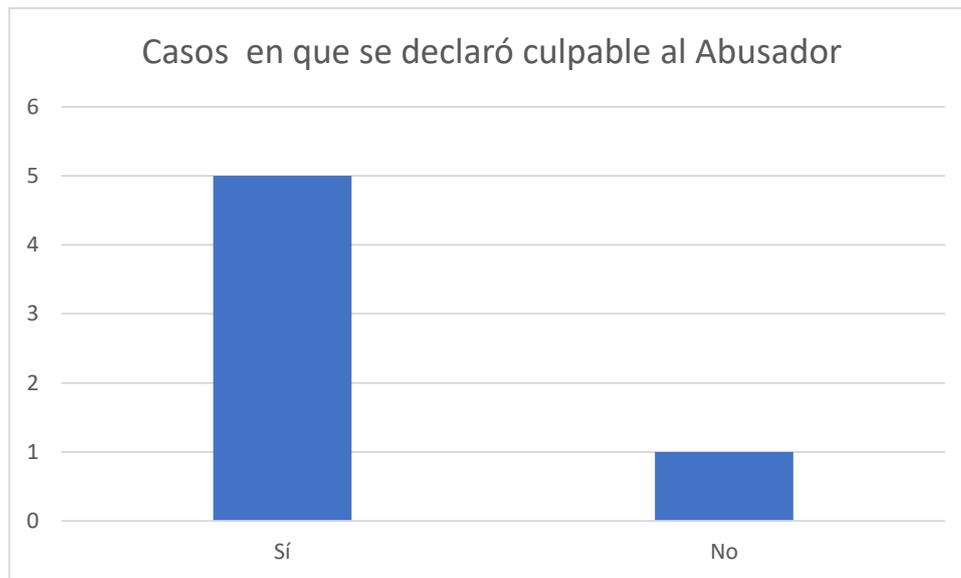


Gráfico 35. Número de casos conocidos (n=6), entre los 9 NNA que participaron de la entrevista testimonial, en los que se declaró culpable al abusador. Fuente: elaboración propia.

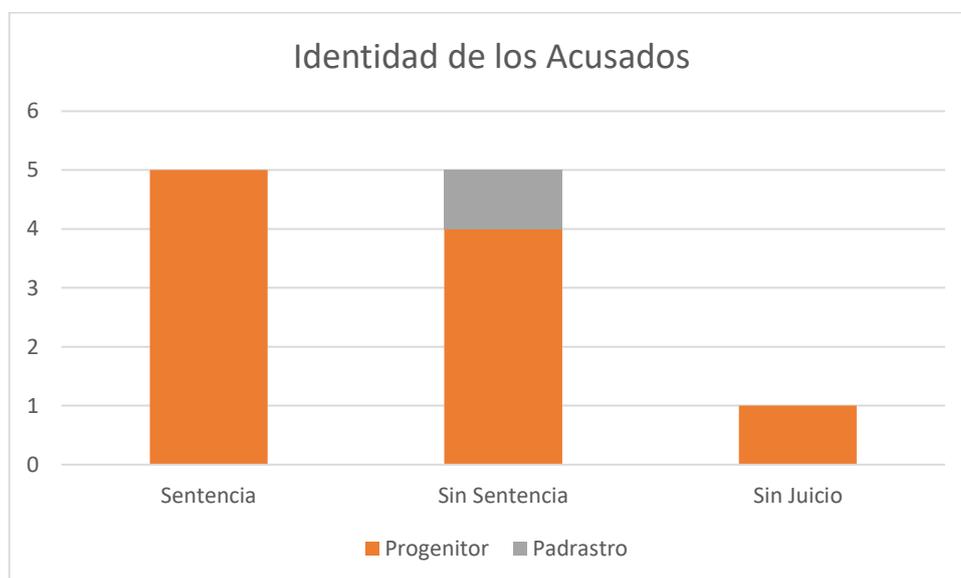


Gráfico 36. Identidad de los abusadores que fueron condenados, comparados con aquellos que no recibieron sentencia condenatoria y aquellos a quienes no se les inició juicio penal, del total de los 11 NNA víctimas de ASI incluidos en este estudio.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

El proceso de uno de los progenitores culminó en juicio abreviado debido a haber reconocido su culpabilidad. Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, se comprueba que las niñas víctimas de ASI (64%) superan en porcentaje a los varones, al igual que en variedad e intensidad de sintomatología posterior a la declaratoria testimonial, siendo la prevalencia del abuso la encontramos entre los 6 y 9 años de edad.

Mientras tanto, las madres representan el mayor porcentaje de denunciantes (57%), mientras que las denuncias son realizadas, en su mayoría, en los Tribunales de Familia (55%).

Los NNA víctimas (n=11) de la muestra pertenecen a familias disfuncionales o uniparentales, y sólo 3 son hijos únicos, lo que puede interpretarse como un indicador de apego inseguro, que deja a los menores en situación de mayor vulnerabilidad frente a los agresores.

Lamentablemente, se comprueba que las pericias físicas no siempre aportan datos significativos (50%) ni son validadas como prueba, sin tener en cuenta la exposición traumática de los menores víctimas frente a la manipulación de sus cuerpos ya previamente violentados.

Sólo en un caso se evitó la comparecencia ante el juez, quien aceptó la declaración de la terapeuta como prueba; mientras que, en el resto de los casos (n=9), los entrevistadores correspondieron a variadas funciones judiciales, a predominio del sexo femenino, en diferentes sedes y oficinas, sin tomar en consideración las necesidades emocionales de los NNA víctimas ante espacios y actitudes percibidas como intimidatorias, que fortalecen aún más sus sentimientos de culpa e indefensión. Sólo 3 niños fueron entrevistados en Cámara Gesell.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Luego de las entrevistas testimoniales, sólo 8 de los 9 NNA víctimas, que participaron de declaraciones testimoniales, recibieron seguimiento, a través del cual se han comprobado diferencias sintomatológicas basadas en el sexo, que han determinado mayor incidencia de síntomas psiquiátricos, emocionales, neurológicos, accidentes, ETS, infecciosos, respiratorios, ginecológicos, urológicos, digestivos, endócrinos y dermatológicos en las niñas.

De acuerdo a esto, el aumento de secreción de glucocorticoides, responsable de la poda dendrítica precoz por estrés, explica los síntomas metabólicos y déficits cognitivos, que interfieren en la evocación de los hechos abusivos durante la declaratoria testimonial.

Comparativamente, entre la sintomatología observada en las fases previa y posterior a la declaratoria testimonial, en la muestra (n=9) de los NNA estudiados, se puede observar remisión de sintomatología hematológica (anemia), oftálmica, otorrinolaringológica, dermatológica y emocional; aunque no ocurrió lo mismo con la neurológica, psiquiátrica, ginecológica, urológica. Llama la atención la aparición de morbilidades no preexistentes tales como ETS e infecciosas, como probable manifestación de afectación del sistema inmunitario en las jóvenes víctimas de ASI, en la etapa posterior a la exposición judicial.

La observación de síntomas psiquiátricos, en forma comparativa entre las fases previa y posterior a la declaratoria testimonial --como ser episodios de alucinaciones en 2 de los niños en el seguimiento posterior a la entrevista, junto a conductas regresivas, deterioro del desempeño académico coincidente con alteraciones cognitivas, hiperactividad, hipersexualización, trastornos de conversión, fobias, aislamiento social, adicciones, agresividad, cefaleas, actitudes desafiantes, fugas, pertenencia a grupos de riesgo y exposición a situaciones peligrosas, accidentes-- pueden fundamentarse en los conocimientos neurocientíficos referidos a la reexperimentación del trauma por evocación forzada de los hechos abusivos, debido a compromiso del sistema límbico y la corteza prefrontal.

Por lo tanto, se recomienda el seguimiento de las víctimas en la etapa posterior a la intervención judicial, con el objeto de brindar acompañamiento y disminuir los efectos de la revictimización institucional.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

Las diferencias entre la sintomatología de consulta y la evolutiva de los dos menores, un niño y una niña, que no participaron de ninguna entrevista testimonial, quienes presentaron remisión parcial de los síntomas psiquiátricos y total de aquellos del orden de lo emocional, cognitivo y neurovegetativo, confirma la hipótesis planteada de la afectación psicofísica que provoca la exposición judicial de los NNA víctimas de ASI. No obstante, en estas dos víctimas infantiles, entre los síntomas psiquiátricos persistentes se encuentran la manía con hiperactividad y aparecen las fobias en el caso de la niña, manifestadas como ataques de pánico en la adolescencia.

Las seis sentencias, de las cuales cinco resultaron en culpabilidad de los acusados, identificados como los progenitores de los NNA víctimas, a la vez que otro de los progenitores reconoció su culpabilidad, demuestran la prevalencia de abuso sexual intrafamiliar por incesto. Esto provoca mayor afectación psíquica en los NNA víctimas, debido al trauma que ocasiona el abuso sexual intrafamiliar, y este menoscabo se refuerza por la reexperimentación forzada del mismo hecho abusivo en ámbitos judiciales, junto a los sentimientos de culpa que su declaración testimonial genera, al identificar a su progenitor como su agresor con la consecuencia inminente de recibir castigo. Esto se debe a que el testimonio por parte de NNA víctimas de ASI intrafamiliar, que incrimina a figuras significativas de apego, como es el caso de su progenitor, favorece sentimientos de culpa por traición y fortalece el aferrarse a la figura de apego inseguro de su victimario.

Con el objeto de evitar este tipo de afectaciones psicofísicas en los NNA víctimas de ASI intrafamiliar, se propone la creación de una nueva figura legal tendiente a respetar y proteger la integridad psicofísica de las víctimas, teniendo en cuenta el superior interés del NNA a ser escuchado a través de la voz de su representante, como lo establece el Artículo 12 de la Declaración Internacional de los Derechos del Niño. Dicha figura puede ser ejercida por el abogado del NNA.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

En todos los casos, se debe insistir en la necesidad de que todos los funcionarios involucrados en los casos de ASI de NNA reciban formación especializada sobre desarrollo psicoevolutivo de NNA, con enfoque en aquellos que presentan mayor vulnerabilidad por inmadurez y por haber sido expuestos a situaciones de victimización.

Además, se debe prestar atención a las situaciones en las que familiares, terapeutas y otros profesionales responsables del acompañamiento y protección de los menores víctimas de ASI, no sean a su vez víctimas de backlash judicial, lo cual provoca mayor desamparo e indefensión de los NNA víctimas de ASI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bavelier, D., Levi, D.M., Li, R.W., Dan, Y., y Hensch, T.K. (2010). Removing brakes on adult brain plasticity: from molecular to behavioral interventions. *Journal of Neurosciences*, 30, 14964–14971.
2. Block, S.; Johnson, H.; Williams, L.; Shockley, K.; Wang, E.; y Widaman, K. (2022). Predictors of Prosecutorial Decisions in Reports of Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 0(0) 1–12. DOI: 10.1177/10775595221074375
3. Cartagena Pastor, J.; Donat Laporta, E.; Barrero Alba, R.; Andreu Tena, E.; Cartagena-Daudén, I.; y Miró Seoane, A. (2016). Manual de Medicina Legal para Juristas. Procuraduría General de la República Dominicana.
4. Echeburúa, E.; Corral, P.; Zubizarreta, I.; y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21(4):433-456.
5. Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J.; y Báez, C. (2002-1). Psychological treatment of slot machine pathological gambling: A case study. *Clinical Case Studies*. 1(3):240-253.
6. Echeburúa, E.; Corral, P.; y Amor, P. (2002-2). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothem*, 14, Suplem.1:139-146.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

7. Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Pirámide.
8. Echeburúa, E.; y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3):373-387.
9. Espinosa, M.; Ochaíta, E.; y Ortega, I. (2003). Manual formativo para la promoción de la no violencia. Madrid: BICE-Plataforma de ONG de Infancia-Proyecto DAPHNE.
10. Finkelhor, D. (2005). Abuso sexual al menor. PAX.
11. Juárez, J. (2014). Capítulo 12. Maltrato y abuso sexual infantil: evaluación, secuelas y tratamiento. En neuropsicología del abandono y el maltrato infantil. Fernández García, R.
12. Lebois, L.; Ross, D. y Kaufman, M. (2022). "I Am Not I": The Neuroscience of Dissociative Identity Disorder. *Biological Psychiatry*, 91:e11–e13.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.11.004>
13. Maya Vetencourt, J.F., Sale, A., Viegi, A., Baroncelli, L., De Pasquale, R., O'Leary, O.F.; Castreñón, E., y Maffei, L. (2008). The antidepressant fluoxetine restores plasticity in the adult visual cortex. *Science* 320, 385–388.
14. McEwen, B.; y Morrison, J. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79, 16-29.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.02>
15. Naciones Unidas. (2007). Manual de Procedimiento Penal y Protección Integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de Trata de Personas y Explotación Laboral/Sexual.
16. Nuñez de Arco, J. (2014). Medicina legal y criminalística.
17. Onostre Guerra, R. (2000). Abuso sexual en niñas y niños, consideraciones clínicas, Trabajo de Ingreso a la Sociedad Boliviana de Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, v.71 n.4 <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000400016>

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL

18. Pelechano Barbera, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*,12(2):71-90.
19. Petzelová, J. (2013). El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea. ISBN 978-607-506-118-4.
20. Rojas Marcos, L. (2002). Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma. Espasa-Calpe.
21. Schwartz, I. (1991). Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors, and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*,7(6):363-373.
22. Soria, M; y Saiz, D. (2006). Psicología Criminal. Madrid: Pearson.
23. Spolidoro, M., Baroncelli, L., Putignano, E., Maya-Vetencourt, J.F., Viegi, A., y Maffei, L. (2011). Food restriction enhances visual cortex plasticity in adulthood. *Nature Community*, 2, 320.
24. Tedeschi, R; y Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: a New Perspective on Psychotraumatology. *Applied Psychology*, (56)3:396-406.

ASI INTRAFAMILIAR: EFECTOS DE LA DECLARATORIA TESTIMONIAL OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA PROFESIONAL